

Master-Arbeit

Fehlerkultur in der Polizei Eine Bestandsaufnahme - Verbesserungspotential

Erstgutachterin:

Prof. Dr. Daniela Klimke, Polizeiakademie Niedersachsen

Zweitgutachter:

Prof. Dr. Rafael Behr, Hochschule der Polizei Hamburg

Abgabetermin: 12.02.2018

Vorgelegt von:

Ralf Daniel

Matrikelnummer: 108115202728

Email: ralf.daniel@rub.de

Inhaltsverzeichnis

ABBILDUNGSVERZEICHNIS	III
1 EINLEITUNG	1
1.1 Ziel dieser Arbeit.....	4
1.2 Aufbau und Methode.....	5
2 „FEHLERKULTUR“ – EINE DEFINITION.....	5
2.1 „Fehler“ – Eine Definition	6
2.1.1 Unsichere Handlung	11
2.1.2 Irrtum	11
2.1.3 Ausrutscher	12
2.1.4 Regelverletzung/Zuwiderhandlungen	12
2.1.5 Sukzessive Abweichung	13
2.1.6 Fehler begünstigende Co-Faktoren	14
2.1.7 Latente Fehlerbedingungen.....	20
2.1.8 Fehler in der Planung	20
2.1.9 Fehler in der Ausführung	20
2.1.10 Fehler in der Organisation	21
2.1.11 Individuelle Fehler.....	21
2.2 „Kultur“ – Eine Definition	22
2.3 Fehlerkultur.....	23
2.3.1 Polizeikultur – Cop-Culture	24
2.4 Ursachen für Fehler	25
2.5 Fehlerkultur in der Polizei – Negativ-Beispiele.....	26
3 FEHLERKULTUR AUßERHALB DER POLIZEI	29
3.1 Fehlerkultur in der Industrie	29
3.2 Fehlerkultur in der Luftfahrt.....	31
3.3 Fehlerkultur in der Medizin.....	33
4 DER BEGRIFF DER JUST CULTURE	34
5 WEITERE INSTRUMENTE EINER (POSITIVEN) FEHLERKULTUR ..	36

5.1	Human Factors Analysis and Classification System	36
5.2	Critical Incident Reporting System	37
5.3	Das London-Protokoll	39
6	IST-STAND DER POLIZEILICHEN FEHLERKULTUR	52
6.1	Unabhängige Beschwerdestellen/Polizeibeauftragte	53
6.1.1	Die Hamburger Polizeikommission	54
6.1.2	Beschwerdestelle für Bürgerinnen und Bürger und Polizei beim Niedersächsischen Ministerium für Inneres und Sport.....	56
6.1.3	Beauftragter für die Landespolizei Rheinland-Pfalz.....	59
6.2	Straf- und Disziplinarrecht.....	59
6.3	Psychosoziale Unterstützung.....	61
6.4	Einsatznachbereitung	62
6.5	Whistleblower	63
6.6	Kennzeichnungspflicht.....	65
7	FAZIT: EINE NEUE POLIZEILICHE FEHLERKULTUR.....	66
8	LITERATURVERZEICHNIS.....	73

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 – Schweizer-Käse-Modell nach Reason.....	10
Abbildung 2 – Unfallpyramide nach Du Pont.....	29

1 Einleitung

„Das Jahr 2017 markiert einen neuen atemberaubenden Rekord in der Flugsicherheit“¹, berichtet das JADEC-Büro ("Jet Airliner Crash Data Evaluation Center"), das die aktuellen Unfallstatistiken über Flugunfälle kommerzieller Linienflüge auswertet.² Demnach ereigneten sich 2017 566 Vorfälle (2016: 688), mit 29 Totalschäden (2016: 41) und 40 Todesopfern (2016: 321). Bei den seit 1947 gezählten tödlichen Flugunfällen pro Jahr sinkt die Zahl kontinuierlich.³ Ursächlich für diese positive Entwicklung ist die in der Luftfahrt weit entwickelte Fehlerkultur.

Der Begriff „Fehlerkultur“ ist mittlerweile auch in der Organisation Polizei etabliert. Es finden sich zahlreiche (polizeispezifische) wissenschaftliche Arbeiten unter dieser Überschrift; Arbeitstagungen und Symposien mit entsprechenden Fachvorträgen werden durchgeführt.⁴ Nach Aufsehen erregenden Ereignissen, bei denen Angehörige der Polizei offensichtlich Fehler gemacht haben, wird der Polizei in der Öffentlichkeit häufig eine mangelnde Fehlerkultur vorgeworfen⁵ oder nachgewiesen, dass innerhalb der „Cop Culture“ die Einführung einer Fehlerkultur nichts helfe.⁶ In der Studie „Gewalt gegen Polizeibeamtinnen und -beamte (bezogen auf die Jahre 1985-2000)“⁷ für das Kriminologische Forschungsinstitut Niedersachsen (KFN) kommen Ohlemacher et al. zu dem Schluss, dass es der Polizeiorganisation an einer adäquaten Fehlerkultur mangeln würde.

Feltes und Jordan fordern in ihrem Aufsatz „Schnelles und langsames Denken im Polizeiberuf“, dass Polizeibeamte⁸ „auf persönlicher Ebene bereit und in der Lage sind, dass persönliche Verhalten ungeachtet möglicher dienstrechtlicher oder auch disziplinarischer Gründe rational zu prüfen und zu re-

¹ Richter, 2018.

² Diese Statistiken erfassen lediglich zivile Flugzeuge mit mehr als 5,7 Tonnen Gewicht oder mehr als 19 Sitzen Transportkapazität.

³ aviation-safety.net.

⁴ Beispielsweise die Arbeitstagung „Fehlerkultur der Polizei“ im September 2016 und deren Fortsetzung im März 2018 an der DHPol in Münster.

Vgl. Deutsche Hochschule der Polizei, 2017.

⁵ Exemplarisch dazu Hartl, 2015.

⁶ Behr, 2010.

⁷ Ohlemacher et al. 2003.

⁸ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für beiderlei Geschlecht.

flektieren.“⁹ Weiter wird seitens der Autoren gefordert, „innerhalb der Institution Polizei diesem Ansatz entsprechend Raum für eine angemessene Fehlerkultur zu geben.“¹⁰

Auch seitens der Politik wird der Polizei regelmäßig eine mangelnde Fehlerkultur vorgeworfen: So kommt der 2. Parlamentarische Untersuchungsausschuss des Deutschen Bundestages der 17. Wahlperiode (NSU-Untersuchungsausschuss) zu folgender Forderung: „Notwendig ist eine neue Arbeitskultur, die anerkennt, dass z. B. selbstkritisches Denken kein Zeichen von Schwäche ist, sondern dass nur derjenige bessere Arbeitsergebnisse erbringt, der aus Fehlern lernt und lernen will. Zentral ist dabei die Diskurs- und Kritikfähigkeit, d. h. es muss eine „Fehlerkultur“ in den Dienststellen entwickelt werden. Reflexion der eigenen Arbeit und Umgang mit Fehlern sollte daher Gegenstand der polizeilichen Aus- und Fortbildung werden. Mithilfe des Einsatzes von Supervision als Reflexions- und Beratungsinstrument für Polizeibeamte sollen die Erfolge der individuellen Bildungsmaßnahmen geprüft und nachhaltig gesichert werden. Rotation sollte als Führungsinstrument eingesetzt werden, um der Tendenz entgegenzuwirken, dass sich Dienststellen abschotten.“¹¹

Feltes erkennt sogar, dass die „kaum vorhandene polizeiliche Fehlerkultur ein wichtiges strukturelles Problem“ sei.¹²

In der Polizeiwissenschaft, aber auch in den Medien, wird der Fehlerbegriff sehr häufig im Kontext mit Polizeigewalt (genauer: illegitimer Polizeigewalt) genutzt, beziehungsweise darauf reduziert. Das führt zum einen dazu, dass „Fehler“ und „Fehlerkultur“ in diesem Kontext bereits breit und kontrovers diskutiert werden, zum anderen aber andere Formen von „Fehlern“ oder „Fehlerkultur“ nicht oder nur weniger Beachtung aus einer polizeiwissenschaftlichen Perspektive finden.

Nur in Ansätzen wird in diesem Diskurs der Begriff „Fehler“ systematisch definiert. Dabei ist die Bandbreite der verschiedenen Arten von „Fehlern“ groß, größer als dass es sich in der deutschen Sprache trennscharf darstellen ließe. Deutlich wird das beispielsweise an der Vielzahl an Übersetzungsmöglichkeiten in die englische Sprache. „Error“, „fault“, „mistake“ oder „bug“ be-

⁹ Feltes & Jordan, 2017, S. 261.

¹⁰ Aao.

¹¹ Bundetags-Drucksache 17/14600, S. 681.

¹² Feltes, 2012, S. 290.

schreiben „Fehler“ in unterschiedlicher Intensität und Ausprägung. Und eben diese große Bedeutungsbandbreite erfordert eine fein differenzierte Betrachtung eines „Fehlers“ besonders im Kontext einer „Fehlerkultur“.

In anderen Bereichen, außerhalb der Polizei, hat man sich mit dem Phänomen „Fehler“ schon seit langem auseinandergesetzt. Nach einer deutlichen Zunahme von Zwischenfällen und Unfällen in der Luftfahrt in den Jahren 1950 bis 1970, begannen zunächst US-amerikanische Luftfahrtunternehmen und die NASA mit einer intensiven Ursachenanalyse dieser Ereignisse. Das wesentliche Ergebnis dieser wissenschaftlichen Analyse war, dass etwa 75 Prozent dieser Ereignisse auf menschlichen Fehlern beruhten und nur ein deutlich geringerer Anteil auf technische Ursachen zurückzuführen waren. Als „menschliche Faktoren“ wurden dabei „Kommunikation, situative Wahrnehmung, Entscheidungsfindung, Risikomanagement und Führungsverhalten“ identifiziert. Um diese menschlichen Fehler zu reduzieren, wurde ein Trainingskonzept entwickelt, das „Cockpit Resource Management“ (CRM) genannt wurde. Später wurde es auf die komplette Besatzung ausgeweitet und in „Crew Resource Management“ umfirmiert. Diese Konzepte wurden auch in andere Bereiche adaptiert. So finden sich ähnliche Konzepte in der gewerblichen Schifffahrt, in Raffinerien oder in kerntechnischen Anlagen. Dabei handelt es sich um sogenannte Hochrisiko-Bereiche. In der jüngeren Vergangenheit ist ein weiterer, ähnlich risikobehafteter Bereich hinzugekommen: In der Medizin, schwerpunktmäßig in der klinischen und präklinischen Notfallmedizin, werden die vorgenannten Konzepte als „Team Resource Management“ (TRM) implementiert.

Dabei haben sich gerade in der Medizin Konzepte zu Ausbildung und Training in „Human Factors“ und „Crisis Resource Management“ (CRM), insbesondere ein CRM-basiertes Simulations-Team-Training mit videogestützten Nachbesprechungen als sehr effektiv und nachhaltig erwiesen.¹³

Gleichwohl ist die Ausprägung einer positiven Fehlerkultur in der Medizin im Vergleich zur Luftfahrt bislang noch nicht außerordentlich stark implementiert. Ursachen dafür sind spezifische Hemmnisse und Blockaden, die insofern betrachtenswert scheinen, da ähnliches auch für die Organisation Poli-

¹³ Vgl. Rall, 2010, S. 350.

zei zu befürchten ist, auch wenn die Ursachen für diese Hemmnisse in der Medizin häufiger in haftungsrechtlichen Fragen zu begründen sind.

1.1 Ziel dieser Arbeit

In dieser Masterarbeit sollen aus den vorhandenen Konzepten zur Vermeidung und Reduzierung menschlicher Fehler aus anderen Hochrisikobereichen, insbesondere aus der Luftfahrt und der Notfallmedizin, Lösungen für eine polizeiliche Fehlerkultur extrahiert und entwickelt werden. Dabei soll die Vision einer ganzheitlichen polizeilichen Fehlerkultur entwickelt werden, indem neben den neuen Ideen aus anderen Bereichen, wie exemplarisch aus der gewerblichen Luftfahrt das „Human Factors Analysis and Classification System“ (HFACS)¹⁴, aus der Humanmedizin das „Critical Incident Reporting System“ (CIRS)¹⁵ und bereits etablierte Komponenten polizeilicher Fehlerkultur, wie beispielsweise die teilweise recht umstrittenen Beschwerdestellen, zusammengeführt werden.

Die im Rahmen von HFACS vorgenommene Klassifizierung verschiedener Fehlerarten ist in Ansätzen bei einer (straf)rechtlichen Bewertung von Fehlern zwar rudimentär vorhanden, eine deutlich weitergehende Differenzierung von Fehlerarten scheint allerdings im Rahmen einer polizeilichen Fehlerkultur bislang nicht etabliert zu sein.

Die zentrale Forschungsfrage dieser Masterarbeit ist, ob Tools und Methoden aus anderen Bereichen, wie beispielsweise aus der gewerblichen und militärischen Luftfahrt, sowie aus der präklinischen und klinischen Notfallmedizin geeignet sind, auch in der Institution „Polizei“ Verwendung zu finden. Thematisch führt diese Masterarbeit die von Kai Seidensticker in seiner Masterarbeit „Die Polizei macht (keine) Fehler“¹⁶ entwickelten Ideen einer neuen polizeilichen Fehlerkultur fort. Dabei wird zum einen deren Geeignetheit und zum anderen die potentielle Bereitschaft der in der Institution „Polizei“ handelnden Akteure, insbesondere die der Führungskräfte, sich darauf einzulassen, untersucht. Auf die Hemmnisse, beziehungsweise die Möglichkeiten diese Hemmnisse zu beseitigen oder zumindest zu reduzieren, wird dabei ein weiterer Fokus gelegt. Im Verlauf der Recherche, speziell im Bereich der

¹⁴ Shappell & Wiegmann, 2000.

¹⁵ Thomeczek & Ollenschläger, 2005.

¹⁶ Seidensticker 2016.

Fehlerkultur in der Luftfahrt, ergab sich eine weitere sekundäre Fragestellung, und zwar die Frage, warum gerade die Luftfahrt der Bereich ist, in dem sich eine positive und offensichtlich auch erfolgreiche Fehlerkultur am weitesten entwickelt hat. Einfach formuliert: Was unterscheidet Piloten von Medizinern oder Polizisten?

1.2 Aufbau und Methode

Grundlage eines Diskurses über eine Fehlerkultur ist ein einheitliches, zumindest aber annähernd ähnliches Verständnis der Begriffe „Fehler“, „Kultur“ (im Kontext einer Polizei-, beziehungsweise Polizistenkultur), sowie nach einer Zusammenführung dieser beiden Begriffe, der Bedeutung des Substantives „Fehlerkultur“. Daher werden zunächst die für die Fragestellung dieser Masterarbeit relevanten Termini definiert. Da die Vielfalt der verschiedenen Definitionen uneinheitlich ist, wird versucht anhand einer Literaturrecherche eine im polizeilichen Kontext konsensfähige Definition zu entwickeln. Daran anschließend wird die bereits vorhandene polizeiliche Fehlerkultur analysiert, ihre Instrumente, Methoden und Elemente identifiziert und auf ihre Wirksamkeit untersucht. Stärken und Schwächen werden herausgearbeitet und mit Fehlerkulturen anderer Bereiche (in diesem Fall „Hoch-Risiko-Bereiche“ wie zivile und militärische Luftfahrt und Medizin) verglichen. Instrumente der Fehlerkultur dieser Bereiche werden auf ihre Wirksamkeit und die Möglichkeit einer Adaption in eine polizeiliche Fehlerkultur untersucht.

2 „Fehlerkultur“ – Eine Definition

Der Begriff Fehlerkultur setzt sich aus den beiden Substantiven „Fehler“ und „Kultur“ zusammen. Zunächst werden beide Begriffe einzeln definiert, um aus den Einzeldefinitionen heraus eine Definition des zusammengesetzten Begriffes zu entwickeln. Beiden Substantiven ist es gemein, keine klare, scharfe Definition zu besitzen, sondern je nach Betrachtung über eine unüberschaubare Vielzahl von Definitionsmöglichkeiten zu verfügen. Daher wird nach einer kurzen allgemeineren Betrachtung jeweils der Fokus auf eine polizeiliche, polizeiwissenschaftliche Perspektive der Begriffsdefinitionen gelegt.

2.1 „Fehler“ – Eine Definition

Die Vielschichtigkeit und Komplexität der Definitionen des vermeintlich einfachen Begriffes „Fehler“ zeigt, dass eine einfache und allgemein anerkannte Deutung nur schwer möglich ist, obwohl jeder mit dem Begriff eigene Vorstellungen, eigene Interpretationen oder Deutungen verbindet. Im Alltag bewerten wir Handlungen, Situationen, Aussagen als richtig oder falsch, wobei „falsch“ das Vorliegen eines Fehlers bedeutet. Bereits der griechische Philosoph Aristoteles definierte den Begriff „Fehler“. Aristoteles differenzierte menschliche Handlungen zwischen Unglück, schlechtem Tun und Fehler, bei dem er die Intension des Handelnden und die Vorhersehbarkeit der Folge dieses Handelns betrachtete.¹⁷

„Der Gehalt des lateinischen Satzes „Errare humanum est“ gilt als Binsenweisheit, der so selbstverständlich erscheint, dass er weder auf seine Validität noch auf die damit verbundenen Konsequenzen hinterfragt werden muss. Problematisch wird der Komplex „Irrtum“ oder „Fehler“ allerdings dann, wenn die Frage gestellt wird, ob Menschen aus Fehlern lernen (z. B. Historia docet?) oder wenn Irrtümer bzw. Fehler aufgrund ihrer – teilweise katastrophalen Konsequenzen wie etwa bei Unglücken – bewertet werden (müssen).“¹⁸

Eine sehr kurze, knappe Definition des Fehlerbegriffes findet sich im Bereich der Normung. In der Deutschen Industrie Norm DIN EN 900, die sogenannte Qualitätsmanagementnorm wird „Fehler“ als „Nichterfüllung einer bestimmten Anforderung“ definiert. Für das Produkt „Software“ geht die Definition noch weiter. In der DIN 66271 wird eine Software-Fehler als eine „Nichterfüllung einer festgelegten Forderung, beziehungsweise die Abweichung von einem erwarteten Merkmalswert“ definiert.¹⁹

In der Regel mangelt es an einer differenzierten Bewertung, beziehungsweise an einer differenzierenden Bewertung eines Fehlers. In einer Alltagsbetrachtung erfolgt die Bewertung „digital“, null oder eins, Fehler oder kein Fehler. Auch in einem schulischen Kontext erfolgt eine Differenzierung in der Regel nicht. Die Management-Trainerin Vera F. Birkenbihl hat dies in einem

¹⁷ Vgl. Ebner, Heimerl, & Schüttelkopf, 2008, S. 158.

¹⁸ Chott, 2009, S.

¹⁹ Vgl. Pfeifer & Schmitt, 2014, S. 861.

Musik-Quiz²⁰ sehr anschaulich dargestellt. Ein Test-Teilnehmer musste den Komponisten eines Musikstückes erraten. Gespielt wurde eine sehr verspielte, variationsreiche Melodie, die aufgrund ihrer Charakteristik sehr an Mozart erinnerte. Der Komponist dieses Stückes war allerdings Muzio Clementi, ein Zeitgenosse Mozarts. War die Antwort nun auf die Frage nach dem Komponisten Mozart, so war diese Antwort objektiv falsch. In einem schulischen Kontext hätte das die Konsequenz: falsch, null Punkte. Vera Birkenbihl stellt in diesem Beispiel aber dar, dass die Antwort Mozart ein qualitativ hochwertiger Fehler ist, da nur derjenige auf diese Antwort kommt, der sich mit Mozart einigermaßen gut auskennt. „Rachmaninow“ als Antwort wäre dagegen ein Beleg für völlige Ahnungslosigkeit und somit ein „schlechter“ Fehler.

„Von klein auf lernen wir, dass Fehler schlecht sind. Unsere erste Lektion in der Schule lautet: Wer Fehler macht, bekommt nicht nur schlechte Noten, sondern auch den Ärger der Lehrerinnen und Eltern ab. Fortan haben wir Angst, Fehler zu machen – in der Schule wie im Berufsleben.“²¹

Unterschiedliche Fachgebiete besitzen eigene Interpretationen oder Deutungen des Fehlerbegriffes. Im Fachgebiet der Linguistik definiert Keller²² Fehler als „Frustration von Erwartungen“ oder als „Nichterfüllung einer bestimmten Anforderung“. In der Polizeikultur werden Entscheidungen retrospektiv, gemessen beispielsweise am Grad einer Zielerreichung als Fehler, beziehungsweise fehlerhaft etikettiert.²³ Beachtenswert ist dabei die zeitliche Komponente. Ein Fehler wird erst durch eine retrospektive Betrachtung zu einem Fehler. „Zum Zeitpunkt des Handelns, Entscheidens, war man der Überzeugung das richtige zu tun. Damit wird ein Fehler erst nach dem Handeln zu einem Fehler.“²⁴ Diese Perspektive auf den Fehlerbegriff klammert allerdings bewusste Normverletzungen, also delinquentes Verhalten aus dem Fehlerbegriff aus. Delinquentes Verhalten wird in einer Gesellschaft allerdings auch als Fehler betrachtet. In einer juristischen Perspektive wird daher zwischen einer fahrlässigen Begehungsweise (entsprechend der o.a. Definition also eine Handlung die im Moment ihrer Ausführung als richtig erachtet wird) und einer vorsätzlichen Begehungsweise differenziert. Der zeitli-

²⁰ <https://youtu.be/NYMia1P99qA> (Abgerufen am 22.01.2018).

²¹ Schüttelnkopf, 2008.

²² Keller, 1980, S. 23-42.

²³ vgl. Mensching, 2004, S. 44.

²⁴ Mensching, 2004, S. 46.

chen Komponente kommt daher eine besondere Bedeutung zu. In einem polizeikulturellen Kontext²⁵ wird demnach eine Handlung als Fehler betrachtet, wenn andere Organisationsmitglieder eben diese Handlung retrospektiv als Fehler betrachten.²⁶

Rechtsnormen verletzendes Verhalten, wird in der Gesellschaft als Fehler betrachtet. Abweichendes, also deviantes Verhalten, kann als Fehler betrachtet werden.

Eine Definition aus einer polizeiwissenschaftlichen Perspektive, wie sie Anja Mensching vornimmt lautet: „Ein Fehler ist all jenes Entscheiden bzw. Handeln, das im Organisationskontext negativ auffällt und infolge dessen als Fehler kommuniziert wird.“²⁷ Behr verwendet einen etwas weitergehenden Fehlerbegriff: „Die Dinge laufen aus dem Ruder, einem Kollegen „passiert“ etwas, was nicht passieren sollte.“²⁸ Damit nähert sich Behr der Fehlerklassifikation Reasons an, der auch Ausrutscher, also korrigierbare Fehler, beziehungsweise korrigierte Fehler, in seiner Fehlerdefinition explizit einbezieht.

Allen moderneren Fehlerdefinitionen ist gemein, dass der Fehlerbegriff nicht ausschließlich negativ besetzt ist. Albert Einstein bringt die elementare positive Bedeutung des Fehlers auf den Punkt: "Wer noch nie einen Fehler gemacht hat, hat sich noch nie an etwas Neuem versucht."²⁹

„In der Pädagogik sagt man, dass Fehler-Erfahrungen das sogenannte „negative Wissen“ aufbauen. Ein praktisches Beispiel dafür sind die Schleuderkurse der Autofahrerklubs. Wer Fehlersituationen wie z.B. das Schleudern erlebt und bewältigt hat, kann im Ernstfall auf dieses Wissen zurückgreifen und die Gefahr beim nächsten Mal besser bewältigen. Das „negative Wissen“ hat also eine Schutzfunktion.“³⁰

Der britische Psychologe James Reason, sieht zwei Möglichkeiten für den Zugang zu Fehlern³¹. Der Erste ist der personenorientierte Ansatz. Dabei wird die Person fokussiert, die den Fehler gemacht hat. Sie wird für den Fehler verantwortlich gemacht, wird beim Namen genannt und bestraft. Dieser

²⁵ Der Begriff „Polizeikultur“ wird in Kapitel 2.3.1 erläutert.

²⁶ vgl. Mensching, 2004, S. 46.

²⁷ Mensching, 2004, S. 47.

²⁸ Behr, 2009.

²⁹ Albert Einstein zitiert nach Schüttelkopf, 2008.

³⁰ Schüttelkopf, 2008.

³¹ Vgl. Reason, 2000.

Zugang wird „naming-blaming-shaming“ genannt (übersetzt „benennen-beschuldigen-beschämen“). Der zweite Zugang zeigt einen systemorientierten Ansatz. Dabei werden die Rahmenbedingungen untersucht, unter denen die Personen handeln. Strategien zur Fehlervermeidung werden gesucht oder Möglichkeiten um die Folgen des Fehlverhaltens zu minimieren. Bei diesem Ansatz werden Fehler als Folgen systemischer Faktoren angesehen. Daraus sollte die Fehlervermeidung durch systemische Abwehrstrategien erfolgen.

Fehler lassen sich grob in technische (konstruktive) Fehler und menschliche Fehler klassifizieren. Wenn man dabei annimmt, dass auch an der Konstruktion (beispielsweise von Maschinen) Menschen beteiligt sind, ist es legitim auch hier im Verlauf einer Kausalkette einen menschlichen Fehler anzunehmen.

In der Luftfahrt lassen sich 70 bis 80 Prozent aller Unfälle auf menschliche Fehler zurückführen.³²

Reason³³ hat in mehreren Arbeiten Ursachen- und Wirkungsmechanismen von Unglücksfällen analysiert und dabei ein anschauliches Model entwickelt, durch das ein Zusammenspiel verschiedener Fehlerarten und das Scheitern verschiedener Abwehrmechanismen zu einem fatalen Ergebnis führen. Reason nennt dies „Schweizer-Käse-Model“³⁴, da verschiedene Sicherheitsebenen (Käsescheiben) immer Schwachstellen (Löcher) aufweisen und ein Fehler dann zu einem Zwischenfall oder Unfall werden kann, wenn die Löcher so angeordnet sind, dass man bildhaft durch den Käse hindurchsehen könnte. In einer idealen Welt wäre jede einzelne Käsescheibe intakt und ohne Löcher. Da eine derartige ideale Welt nicht existiert, sind die einzelnen Käsescheiben voller Löcher. Im Gegensatz zu den Löchern im Schweizer Käse sind die Löcher in den verschiedenen Schutzebenen nicht statisch, sondern verändern stetig ihre Lage und ihre Größe. Wann ein Fehler auftritt, oder um in diesem Model zu bleiben, wann es dem Fehler gelingt alle Ebenen zu durchdringen ist in der Regel nicht vorhersehbar. Es hängt vom Zufall ab, wann der Fehler seinen Weg durch die Ebenen gebahnt hat und es zu einem schädlichen Ereignis kommt. Der Grundgedanke des Schweizer-

³² Urbas & Doherr, 2013.

³³ Reason 1990.

³⁴ Reason 2000.

Käse-Modells liegt darin, die Unfallursache aus einer Kombination von verschiedenen Faktoren zu sehen. Dabei handelt es sich um aktive und latente Fehler.

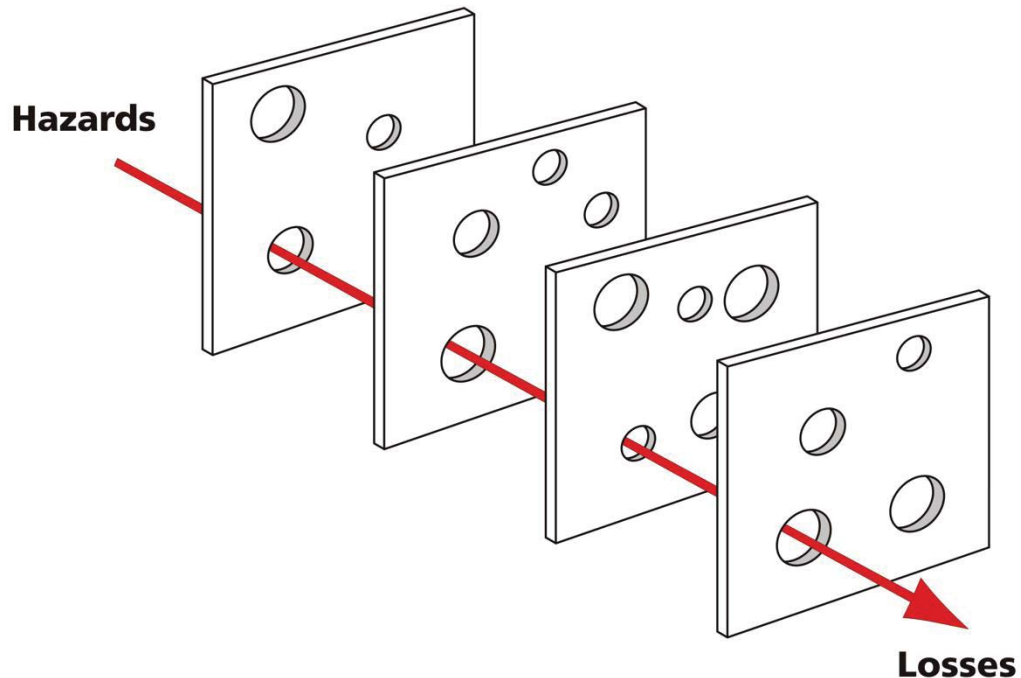


Abbildung 1 – Schweizer-Käse-Modell nach Reason³⁵

Als Abwehrmechanismus dienen verschiedene Sicherheitsmechanismen, Abwehrstrategien und Barrieren. Diese Mechanismen können in verschiedene Gruppen unterteilt werden: Technische Faktoren (z.B. Alarmanlagen, Sicherungssysteme) und menschliche Faktoren (z.B. Handlungsanweisungen und Kontrollmechanismen). Treffen dann im Einzelfall latente und aktive Faktoren aufeinander gelingt es ihnen mehrere Schichten der Abwehrsysteme (im Beispiel Reasons Käsescheiben) zu durchdringen. Der Fehler tritt dann ein.

Häufig wird in den Medien oder in der Öffentlichkeit nach fatalen Ereignissen von einer „Verkettung unglücklicher Umstände“ gesprochen. Letztendlich entspricht auch diese Formulierung Reasons Schweizer Käse Model.

Weiter unterscheidet Reason sogenannten latente Fehler und aktiven Fehlern.

Latente Fehler sind demnach Systemfehler, strukturelle Schwächen, Schwächen in Führung und Organisation, die in einer zeitlichen Betrachtung bereits vor einem Ereignis (Zwischenfall, Unglücksfall) vorhanden sind. Ein Beispiel

³⁵ Wikipedia, 2016.

aus dem polizeilichen Kontext: Eine extrem lange Arbeitszeit, bei denen Polizeiangehörige ohne Ruhe oder Schlaf über 24 Stunden aktiv gefordert sind. Diese lange Arbeitszeit allein verursacht keinen Unfall, allerdings ist dadurch die Gefahr um ein Vielfaches größer, dass es aufgrund von Müdigkeit zu individuellen Fehlern kommt. Ein solcher individueller Fehler wäre dann eine Unachtsamkeit beim Führen eines Kraftfahrzeuges, mit der Folge eines Verkehrsunfalls. Neben den Latenten Fehlern identifizierte Reason Aktive Fehler. Dabei handelt es sich um ein aktives Versagen, beziehungsweise einen Fehler in der Person des Handelnden. Diese aktiven Fehler gliedert Reason in mehrere Kategorien:

2.1.1 Unsichere Handlung

Ursachen für Unsichere Handlungen sind laut Reason Gleichgültigkeit und/oder ein fehlendes Risiko-Bewusstsein. Beispiele dafür aus einem polizeilichen Alltag sind das nicht Anlegen einer schusssicheren Weste, das Laden einer Schusswaffe außerhalb der dafür extra geschaffenen und vorgesehenen Bereiche oder auf einem handschriftlich auszufüllenden Formular unleserlich zu schreiben.

2.1.2 Irrtum

Bei einem Irrtum glaubt der Handelnde etwas Richtiges zu tun, beziehungsweise etwas richtig zu tun, irrt in dieser Grundannahme und tut dadurch etwas Falsches. Ist die Ursache dieses Irrtums ein Denkfehler, finden sich bei einer tieferen Suche nach Ursachen dieses Denkfehlers Inkompetenz³⁶, mangelnde Erfahrung und Informationen oder Missverständnisse. Ein Beispiel für Denkfehler in der polizeilichen Praxis ist folgender Sachverhalt: Im Rahmen einer Geschwindigkeitsüberwachung will ein Polizeibeamter ein Kraftfahrzeug mittels Anhalte-Kelle anhalten. Er gibt ein deutliches Zeichen, der Kraftfahrzeugführer erkennt dieses auch, stoppt deutlich vor dem Beamten wendet und fährt weg. Die Reaktion des Beamten ist leicht vorhersehbar: Sprung in den Streifenwagen und Verfolgung des Geschwindigkeitssünder. Die Aufregung ist groß, der Stresslevel ebenfalls. Das „Jagdfieber“ hat die

³⁶ Der Begriff der „Inkompetenz“ ist in der Umgangssprache sehr negativ belegt. In diesem Kontext meint „Inkompetenz“ völlig wertfrei das Fehlen von Kompetenz, aufgrund unterschiedlicher Ursachen.

Kontrolle übernommen. Der Denkfehler, der letztendlich Auslöser dieser Verfolgungsfahrt mit all ihren Risiken ist, ist die Annahme, der Verkehrsteilnehmer habe etwas Verbotenes getan. Da die Polizisten ihn wegen eines Geschwindigkeitsverstößes anhalten wollten, handelt es sich um ein Anhalten gemäß § 163b StPO i.V.m. § 46 OWiG und nicht um eine anlasslose Verkehrskontrolle gemäß § 36 Abs. 5 StVO. Der Betroffene hat dabei das Recht, nicht am Verfahren mitwirken zu wollen. Somit darf er sich auch entfernen. Ursache für diesen Irrtum des Polizeibeamten ist demnach entweder ein Denkfehler oder auch Inkompetenz, denn er glaubt, richtig zu handeln. Eine andere Variante des Irrtums ist der Ausrutscher. Ausrutscher geschehen durch kleine Nachlässigkeiten bei Routine-Handlungen. Ursache wiederum dafür können Gleichgültigkeit oder Stress sein. Ein Alltagsbeispiel, das gleichermaßen auch in der polizeilichen Praxis auftreten kann, ist beim Rückwärtsfahren eines PKW, ein anderes Hindernis hinter seinem Fahrzeug zu übersehen, sodass es dann zum Zusammenstoß kommt. Stress und Hektik erhöhen offensichtlich die Eintritts-Wahrscheinlichkeit eines solchen Ausrutschers.

2.1.3 Ausrutscher

Als Ausrutscher (in englischsprachigen Quellen „slip“) werden Zwischenfälle definiert, bei denen ein Fehler so früh bemerkt und korrigiert wird, dass kein Schaden eintritt. Ein sehr einfaches Beispiel wäre der Versuch mit einem Kraftfahrzeug loszufahren, ohne die Handbremse zu lösen. In der Regel wird dies sofort bemerkt und geradezu intuitiv wird die Bremse gelöst. Dass es sich dabei um eine Form eines Fehlers handelt, wird dabei rational in der Regel nicht wahrgenommen. Ein weiteres Beispiel aus der polizeilichen Praxis ist das Vergessen, beim Schießen mit der Maschinenpistole diese zu entsichern. Auch dieses ist ein Ausrutscher, der – bei einem ausreichenden Training – unmittelbar behoben werden kann, ohne dass dieser Ausrutscher eine Folge hat.

2.1.4 Regelverletzung/Zuwiderhandlungen

Das Missachten von Regeln respektive deren Verletzung stellt ebenfalls einen Fehler im Sinne aller zuvor dargestellter Definitionsmöglichkeiten dar.

Die Gesellschaft reagiert auf Regelverletzungen dadurch, dass das Verletzen (gesetzlich) normierter Regeln bestraft wird.

Es gilt bei Regelverletzungen aber die subjektive Perspektive des Handelnden zu betrachten. Auch eine strafrechtliche Perspektive differenziert zwischen fahrlässigem und vorsätzlichem Handeln. Ein einfaches aber gleichermaßen anschauliches Beispiel anhand dessen man die verschiedenen Varianten einer Regelverletzung darstellen kann, ist das Missachten einer Rotlicht zeigenden Lichtsignalanlage (umgangssprachlich „Ampel“).

2.1.4.1 Fahrlässige Regelverletzung

In dem Fall, bei dem die Rotlicht zeigende Ampel nicht wahrgenommen, also übersehen wird, handelt es sich um eine fahrlässige Begehungsweise, die laut Straßenverkehrsordnung und Straßenverkehrsgesetz auch bei einer fahrlässigen Begehung mit einem Bußgeld geahndet wird.³⁷

2.1.4.2 Vorsätzliche Regelverletzung

Wird das Rotlicht allerdings wahrgenommen und der Fahrzeugführer entscheidet sich dennoch die Haltelinie zu überfahren, also mit Wissen und Wollen, so liegt eine vorsätzliche Begehungsweise vor, die ebenfalls mit einem Bußgeld geahndet wird. Im Fall einer vorsätzlichen Begehung wird das Bußgeld in der Regel durch die Verfolgungsbehörde verdoppelt.³⁸ Selten sind vorsätzliche Regelverletzungen allerdings nicht. Jeder hat schon gegen geltende Normen verstoßen. Als Beispiel seien hier geringfügige Geschwindigkeitsübertretungen im Straßenverkehr genannt. Eine gründliche Analyse für derartiges deviantes, mitunter sogar delinquenten Verhaltens würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen. Daher sei an dieser Stelle nur ein Beispiel genannt: Wenn der Sinn von Regeln nicht erkennbar ist, häufen sich Fälle von Missachtung, bis am Ende ein eine „sukzessive Abweichung“ erreicht ist.

2.1.5 Sukzessive Abweichung

Als sukzessive Abweichung werden weithin anerkannte Regelverstöße bezeichnet, bei denen es einen nicht explizit ausgesprochenen Konsens dar-

³⁷ § 37 Abs. 2, § 49 StVO; § 24 StVG; 132 BKat.

³⁸ § 3 Abs. 4a BKatV.

über gibt, dass die entsprechende Regel ohne jeden nachvollziehbaren Sinn ist. Ein für jedermann nachvollziehbares Beispiel wäre eine mitten in der Nacht zu benutzende Fußgängerampel an einer Straße mit nahezu keinem Verkehrsaufkommen. In der Regel werden sich an dieser Ampel nur die wenigsten regelkonform verhalten. Ein weiterer Grund für sukzessive Abweichung ist ein extrem geringes Entdeckungsrisiko. Hier sei als Beispiel die Nutzung von Warn-Apps auf Smartphones genannt, die eigentlich verboten sind, deren Nutzung aber nur schwer nachzuweisen ist. Derartige Warn-Apps werden beworben, sind frei ohne Reglementierung erhältlich und man findet in Fachpublikationen sogar umfangreiche Rezensionen und Bewertungen. Daher werden diese Warn-Apps sehr häufig genutzt.

2015 wurde bundesweit in den Medien von einem „Polizei-Skandal“ bei der Bundespolizei in Hannover berichtet. Ein Angehöriger der Bundespolizei habe Flüchtlinge misshandelt. Neben den in Rede stehenden Misshandlungen wird auch darüber berichtet, dieser Beamte soll seine Dienstwaffe auf seine Kollegen gerichtet haben. In diesem Kontext findet sich ein Beispiel für Sukzessive Abweichung: „Ein "lockerer Umgang" mit den Waffenvorschriften soll auf seiner Wache normal gewesen sein.“³⁹ Offensichtlich besteht innerhalb der Gruppe der dort agierenden Polizeibeamten Konsens darüber, dass die Regularien hinsichtlich der Waffenhandhabung nicht so bedeutend sei. Daher setzt man sich gemeinsam darüber hinweg.

2.1.6 Fehler begünstigende Co-Faktoren

Gerade bei der Betrachtung menschlicher Handlungen als Ursache von Fehlern fallen Co-Faktoren ins Auge, die die Wahrscheinlichkeit eines Fehlereintritts erheblich erhöhen. Beispielhaft genannt seien hier Müdigkeit, Stress, Krankheit, Hunger und Durst oder auch eine schlechte ergonomische Arbeitsplatzgestaltung genannt. Auch Feltes identifiziert Stress als auslösenden Faktor für (polizeiliche) Fehlleistungen im Zusammenhang mit Verfolgungsfahrten.⁴⁰

Das Vorhandensein derartiger Co-Faktoren wirkt sich negativ auf die Menschliche Leistungsfähigkeit aus und diese verringerte Leistungsfähigkeit wiederum ist Ursache für eine höhere Wahrscheinlichkeit, dass Fehler eintre-

³⁹ Fischhaber, 2015.

⁴⁰ Vgl. Feltes & Jordan, 2017, S. 258.

ten. Weitere Faktoren im persönlichen Bereich, die sich ebenfalls im Bereich von Fehlerursachen auswirken sind beispielsweise Selbstüberschätzung, Resignation oder Angst, die sich negativ auf ein Risiko-Bewusstsein auswirken und Fehlverhalten begünstigen.

Eine gute Übersicht über individuell leistungsbeschränkende Faktoren bietet das „I'M SAFE-Konzept“⁴¹, in dem Piloten eine einfache Checkliste zur Selbstreflexion gegeben wird, um ihre Flugfähigkeit einzuschätzen. Dieses Konzept, einschließlich der Checkliste, ist ohne jede Einschränkung auch auf andere Berufe anwendbar. In die Medizin hat es schon teilweise Einzug gehalten.⁴² Das Akronym „I'M SAFE“ (Ich bin sicher) steht für sechs die Leistungsfähigkeit einschränkende Faktoren: **I**(llness) (Erkrankung), **M**(edication) (Medikamente), **S**(tress) (Stress), **A**(lcohol) (Alkohol), **F**(atigue) (Müdigkeit) und **E**(ating) (Ernährung), aber auch **E**(motions) (Emotionen).

2.1.6.1 Erkrankung

Habe ich Symptome? Auch bei leichten grippalen Symptomen (Erkältung) soll man nicht fliegen. Bin ich krank? Fühle ich mich irgendwie unwohl?

2.1.6.2 Medikamente

Ich nehme Medikamente – beeinträchtigen sie mein Denkvermögen, mein Urteilsvermögen oder meine Leistungsfähigkeit? Sind Medikamente im Körper? – Für Flugzeugführer verboten!

2.1.6.3 Stress

Bin ich mental fit? Kann ich meine volle Aufmerksamkeit auf das Fliegen konzentrieren?

2.1.6.4 Alkohol

Habe ich in den letzten 24 Stunden Alkohol getrunken? Habe ich noch einen schweren Kopf?

⁴¹ Für den Bereich der militärischen Luftfahrt vgl. General Flugsicherheit in der Bundeswehr, 2011, S.28. Für den Bereich der zivilen Luftfahrt vgl. Knüppel, 2002, S. 11.

⁴² Siehe beispielsweise: Schüttler & Biermann, 2010, S. 8.

2.1.6.5 Müdigkeit

Leide ich an körperlicher Ermüdung? Bin ich zu müde, um 100 Prozent Leistung zu bringen? Bin ich genug ausgeruht?

2.1.6.6 Ernährung/Emotionen

Bin ich hungrig? Habe ich zu viel gegessen? Habe ich Verdauungsprobleme? Habe ich Sorgen, bin ich überarbeitet?

Kann nur einer dieser Punkte nicht zufriedenstellend beantwortet werden, darf nicht geflogen werden!

Erst durch eine derartige ehrliche Selbsteinschätzung ist es möglich die Sicherheit seiner Handlungen signifikant zu erhöhen, indem fehlerbegünstigende Co-Faktoren minimiert werden. Wie unterschiedlich diese Selbsteinschätzung, beziehungsweise die Ehrlichkeit und daraus resultierenden Einstellungen sind, zeigt eine Studie von Helmreich & Merritt.⁴³

Befragt wurden Piloten und Ärzte. Die entscheidende Aussage, bei der die Befragten zustimmen oder ablehnen konnten lautete: „Auch, wenn ich übermüdet bin, bin ich in der Lage, in Notfallsituationen effektiv zu handeln! Während „nur“ 26 Prozent der befragten Piloten dieser Aussage zustimmten, waren es in der Gruppe der Ärzte 70 Prozent, die zustimmten. Eine interessante Forschungsfrage wäre, wie das Antwortverhalten polizeilicher Führungskräfte auf diese Aussage wäre. Es ist aktuell zu bezweifeln, ob Polizeiführer vor der Bewältigung einer komplexen Einsatzlage eine derartige Selbstreflexion vornehmen würden und selbst wenn sie es täten, ob sie im Einzelfall zu einem (folgerichtigen) Ergebnis kämen, das lauten kann „Ich bin nicht ‚safe‘. Ich bin in meiner persönlichen Leistungsfähigkeit eingeschränkt. Den anstehenden Einsatz soll jemand anders leiten.“ Spannend wäre auch, wie mit einer derartigen Aussage innerhalb der Organisation, innerhalb der Polizeikultur umgegangen würde.

An dieser Stelle ein kleiner Exkurs zu einer anderen Fragestellung der Studie von Helmreich & Merritt⁴⁴: Zum Thema Team und Hierarchie mussten sich die Befragten zu der Aussage „Unerfahrene Teammitglieder sollten nicht die Entscheidungen der Erfahrenen in Frage stellen!“ positionieren. Während

⁴³ Helmreich & Merritt, 1998.

⁴⁴ ebd.

dieser Aussage nur zwei Prozent der Piloten zustimmten, waren es in der Gruppe der Ärzte 24 Prozent. Auch dies bestätigt, dass in der Luftfahrt offensichtlich ein anderes Team-Verständnis vorherrscht und ein Hierarchiegradient flacher verläuft, als bei Medizinern. Auch bei dieser Fragestellung wäre es interessant, Ergebnisse aus dem polizeilichen Kulturkreis zu ermitteln.

Alkohol, Medikamente und Erkrankung bedürfen keiner weiteren Erklärung als leistungslimitierende Faktoren. Sie sind im Prinzip selbsterklärend und finden sich auch mehr oder weniger direkt in polizeiinternen Regelwerken (zum Beispiel im Beamten- und Disziplinarrecht) wieder. Daher soll im Folgenden noch einmal auf die limitierenden Faktoren Stress, Müdigkeit und Emotionen eingegangen werden.

Seit Anbeginn der Menschheitsgeschichte hat sich der Mensch physiologisch auf die ihn beeinflussenden Umweltbedingungen eingestellt. Stress ist die wesentlichste physiologische Reaktion des menschlichen Organismus, die ihm in einer feindlichen Umwelt Überlebensstrategien bietet. Dabei handelt es sich um Kampf und Flucht (in der Regel weniger nützlich aber dennoch auch vorhanden: Starre). Diese Umweltbedingungen haben sich erst in der Neuzeit rapide verändert. Während beispielsweise in der Steinzeit, also vor etwa einer Millionen Jahren, die Anforderungen an den Menschen einfach und klar umrissen waren (klare, eindeutige Sinnesreize, schnelle Entscheidungen), ist die Umwelt (Arbeitsumgebung) heute um ein vielfaches komplexer. Heute wirken multiple, teilweise irritierende Sinnesreize auf den Menschen ein; permanent werden kognitive Höchstleistungen abgefordert; sachliches, kalkulierendes Handeln ist gefordert. Aufgrund der rasanten Entwicklung der menschlichen (Arbeits)Umgebung hat sich die menschliche Physiologie darauf noch nicht einstellen können. Die archaischen Handlungs- und Verhaltensmuster herrschen immer noch vor. Bei den Stressreaktionen, also den physiologischen Reaktionen des menschlichen Körpers in Stresssituationen sind körperliche, kognitive und emotionale Stressreaktionen zu unterscheiden. Darüber hinaus sind die Auswirkungen dieser Stressreaktionen auf das Verhalten zu betrachten.

„Die körperliche Stressreaktion optimiert den Organismus hinsichtlich seiner Leistungsfähigkeit zu körperlichen Höchstleistungen. Dies beinhaltet vor allem die Aktivierung des entsprechenden Nervensystems (Sympathikus) und

die Bereitstellung des muskulären Systems inklusive seiner Versorgung.“⁴⁵ Dafür wird die Muskel-Durchblutung erhöht, der Herzschlag gesteigert und es werden Hormone ausgeschüttet, die das Schmerzempfinden bei Verletzungen verringern und die Wundheilung verbessern. Da die Gesamtmenge des zur Verfügung stehenden Blutes aber konstant ist, wird die Durchblutung in anderen Bereichen des menschlichen Körpers zwangsläufig reduziert. Das umfasst beispielsweise die Verdauung, Sexualfunktionen, aber auch das Gehirn, dass in seinen kognitiven Fähigkeiten eingeschränkt wird. Da die Stressreaktion im Bereich des kognitiven Denkens nur noch dem Überleben dient, werden die meisten Areale kognitiven Denkens nur noch reduziert mit Blut versorgt. Der Organismus fokussiert sich auf das aktuelle Problem (die aktuelle Bedrohung), während andere kognitive Bereiche, wie beispielsweise das rationale Denken, Planen und Reflektieren nur noch rudimentär funktionieren. Beispielsweise werden tief verinnerlichte Handlungsmuster abgerufen, während es nicht möglich sein wird, kreative neue Handlungsalternativen zu entwickeln. „Belastende Polizeieinsätze können zu Denkblockaden und Denkstörungen führen, durch die in der Folge die Konzentrationsfähigkeit und die Beobachtungsgabe herabgesetzt werden.“⁴⁶

Das dargestellte kognitive Fokussieren ist auch Ergebnis einer physiologischen Stressreaktion. So führt eine verringerte Hirnversorgung mit Sauerstoff unter anderem zu einer Minderversorgung im Bereich des Sehnervs und des Auges. Das wiederum führt zu einem verminderten peripheren Sehen. Das heißt, dass das Geschehen am Rande des Sehfeldes, nicht oder zumindest weniger wahrgenommen werden kann, während das zentrale Sehen davon weitgehend unbeeinflusst bleibt. Fatal dabei ist, dass diese Wahrnehmungsveränderung, respektive –Verschlechterung, nicht selbst als solche wahrgenommen werden kann.

Als bedrohlich empfundene Situationen lösen neben Stress auch noch Emotionen wie Angst oder Ärger aus. Eine Überflutung von Informationen (Sinnesreize) aber auch ein Informationsdefizit können zu Unsicherheit, Überforderung, Frustration oder Aggression führen. Liegen diese Folgen längerfristig

⁴⁵ Lorei & Hallenberger, 2014, S. 32.

⁴⁶ Pundt, 2016, S. 67.

vor, kann dies sekundär zu Resignation und Hilflosigkeit, bis hin zu einem sinkenden Selbstwertgefühl führen.⁴⁷

Die dargestellten physiologischen Stressreaktionen mit den daraus resultierenden Folgen führen also zu einer Einschränkung der menschlichen Leistungsfähigkeit. Tückisch dabei ist, dass dies den handelnden Personen in der Regel nicht bewusst wird. Ganz im Gegenteil, die wenigen verbleibenden kognitiven Ressourcen werden verwendet, das eigene Kompetenzgefühl aufrechtzuerhalten. Im Mittelpunkt steht weniger die Lösung des eigentlichen zentralen Problems, sondern den Verlust von Kontrolle und Kompetenz zu verhindern. Dörner spricht dabei von einer „Kompetenz-Illusion“, die kein Ausdruck von Ignoranz oder Arroganz ist, sondern ein Schutzmechanismus des Organismus in kritischen Momenten.⁴⁸ Die Aufrechterhaltung des persönlichen Kompetenz- und Kontrollgefühls ist ein sehr starker Mechanismus. Bevor wir eigene Maßnahmen in Frage stellen, suggeriert das Unterbewusstsein eine Vielzahl von Alternativ-Ursachen, die objektiv betrachtet abwegig und irrational sein können. Sie erscheinen aber plausibler als die Vorstellung eines eigenen Fehlers.⁴⁹

Da es nahezu keine Möglichkeiten gibt, an den beschriebenen physiologischen Vorgängen etwas zu ändern ist es erforderlich, die relevanten physiologischen Abläufe (Stressreaktionen) und die damit einhergehenden limitierenden Faktoren wenigstens zu kennen. So ist es beispielsweise erforderlich, bei erkannten Wahrnehmungsdefiziten sich auch auf die Wahrnehmung Anderer (beispielsweise Team-Kollegen) zu verlassen und dafür eine Kommunikation zu pflegen, mit der diese Wahrnehmungen abrufbar werden.

Dasselbe gilt für Emotionen, die sich ebenfalls auf die Handlungsfähigkeit auswirken. Sowohl bei negativen Emotionen, wie Trauer, Wut, Frustration, als auch bei positiven Emotionen, wie Freude oder Euphorie, spielt die Freisetzung von Hormonen eine bedeutende Rolle. Wirkung oder Nebenwirkung dieser Hormone sind physiologische Reaktionen, wie sie bereits im Zusammenhang mit Stress beschrieben wurden.

Auch Müdigkeit reduziert dramatisch die kognitive Leistungsfähigkeit.

⁴⁷ Vgl. Lorei & Hallenberger, 2014, S. 35.

⁴⁸ Dörner, 1989.

⁴⁹ Vgl. Marx, 2017, S. 59.

2.1.7 Latente Fehlerbedingungen

„Formale Strukturen, Hierarchien, Funktionen und Aufgabenbeschreibungen in einer Organisation können als „geronnene Entscheidungen“ angesehen werden. Aus dieser Perspektive sind latente Fehlerbedingungen „geronnene Fehlentscheidungen“. [...] Sie werden am „stumpfen Ende der Organisation“ getroffen.“⁵⁰ Reason nennt sie „organisationale Unfälle“⁵¹. Ein Beispiel wäre ein extrem glatter Fußboden in den Arbeitsräumen einer Polizeidienststelle. Die Entscheidung für diesen Fußbodenbelag wurde nach Abwägung von Vor- und Nachteilen, insbesondere auch unter Berücksichtigung der Kosten, von Fachleuten des staatlichen Baumanagements getroffen. In der Praxis stellt sich heraus, dass man beim schnellen Laufen auf diesem Boden regelmäßig ausrutscht und stürzt. Hier kommen also die latente Fehlerbedingung „glatter Fußboden“ und eine persönliche Ursache, der Entschluss „schnell zu laufen“ zusammen und führen zum Unfall.

2.1.8 Fehler in der Planung

Ähnlich der latenten Fehlerbedingungen sind Fehler in der Planung zusätzliche Bedingungen, die das (spätere) Auftreten von Fehlern begünstigen. Es ist nicht möglich trennscharf zwischen Planungsfehlern und Fehlern in der Organisation zu unterscheiden. Das ist in der Regel im Rahmen einer strukturierten Fehleranalyse auch nicht zwingend erforderlich. Auch können Fehler in der Planung aus anderen fehlerbegünstigenden Co-Faktoren resultieren. Wirken beispielsweise auf diejenigen der die Planung durchführt Fehlerfaktoren ein, so steigt das Risiko, dass auch die Planung fehlerbehaftet ist.

2.1.9 Fehler in der Ausführung

Fehler in der Ausführung meint eine Abweichung von der Ausführung zu einer vorher durchgeführten Planung oder der Abweichung von Handlungsstandards. Diese können wiederum auf das Vorhandensein fehlerbegünstigender Co-Faktoren zurückzuführen sein. Denkbar sind aber auch andere Fehlerfaktoren, wie Irrtümer, unsichere Handlungen, Ausrutscher oder Regelverletzungen.

⁵⁰ St. Piere & Hofinger, 2014.

⁵¹ Vgl. Reason, 1990.

2.1.10 Fehler in der Organisation

Fehler in der Organisation sind solche, die ihre Ursache in der Art und Weise, wie eine Aufbauorganisation strukturiert ist, oder wie Verfahrensabläufe angelegt sind. Solche Fehler können beispielsweise Kommunikationswege, Entscheidungsabläufe oder Kräfterdispositionen sein. Bei komplexen polizeilichen Lagen spielt eine Kräfterdisposition eine bedeutende Rolle für die Bewältigung der Lage. Insbesondere ein Mangel an Kräften stellt einen organisationalen Fehler dar, aus dem dann mit hoher Wahrscheinlichkeit Fehler in der Ausführung resultieren.

2.1.11 Individuelle Fehler

Defizite in der „Performance“ können Ursache für individuelle Fehler sein. „Performance“ meint in diesem Kontext die Summe aus drei wesentlichen Bereichen: Das Fachwissen, also kognitive Fähigkeiten, das Allgemeinwissen, fachliche Grundlagen und Hintergrund- und Erfahrungswissen beinhalten, manuelle Fähigkeiten, die Techniken, manuelle Fähigkeiten, handwerkliches Geschick und praktische Erfahrungen, sowie menschliche Faktoren, wie Persönlichkeit, Einstellung, Wahrnehmung, Kommunikation, Risikoeinschätzung, Entscheidungen und den Umgang mit Stressoren umfassen. Ein Mangel in einem oder mehreren Bereichen steigert das Risiko des Auftretens von Fehlern.

Menschliche Faktoren sind das Nadelöhr, der Filter welcher über die Nutzbarkeit von Fachwissen und Skills entscheidet.

Als Beispiel sei das Fachwissen genannt: In Prüfungssituationen, bei denen der Prüfling unter (Prüfungs)Stress leidet, ist es wahrscheinlich, dass nicht sämtliches vorhandenes Fachwissen abgerufen werden kann.

In der Literatur finden sich menschliche Fehler, menschliche Faktoren (Human Factors) an erster Stelle der Ursachen für fatale Folgen. Besonders bei der Untersuchung von Zwischenfällen und Unfällen in der zivilen und militärischen Luftfahrt fallen menschliche Fehler signifikant mehr ins Gewicht als technische Ursachen.⁵² Aber auch in allen anderen Bereichen der Industrie liegt die Quote menschlicher Fehler deutlich über der anderer Fehlerursachen.

⁵² Urbas & Doherr, 2013

2.2 „Kultur“ – Eine Definition

„Kein Mensch weiß, was Kultur ist.“⁵³ Dennoch soll hier versucht werden, den Begriff „Kultur“, insbesondere in einer Perspektive der „Organisationskultur“, zu beleuchten. Dabei wird ein besonderer Fokus auf die Organisationskultur der Polizei gelegt. Darüber hinaus werden die Kulturen in anderen Hoch-Risiko-Bereichen, der Medizin und der Luftfahrt ebenfalls betrachtet, um dann diese verschiedenen Kulturen, mit einem Schwerpunkt auf die Fehlerkultur, miteinander zu vergleichen, Gemeinsamkeiten und Unterschiede zu beleuchten und hinsichtlich ihrer Wirksamkeit zu analysieren.

„Im Brockhaus ist zu finden, dass man den Bereich der Kultur in unterschiedliche Bedeutungsebenen gliedern kann. Dort werden

- die Ebene des praktischen Handelns
- die Ebene der individuellen und gruppenspezifischen Bildung
- die Ebene der sozialen Beziehung und
- die Ebene der rituellen Verehrung

genannt. Die drei ersten Ebenen dürften für den Bereich der Fehlerkultur eine wichtige Rolle spielen.“⁵⁴

„Eine Organisationskultur zeigt sich an der Art und Weise, wie man miteinander redet (Kommunikationskultur), wie man Interessenkonflikte handhabt (Streitkultur) oder wie man Entscheidungen trifft.“⁵⁵ Nach dieser Definition Behrs ist die Organisationskultur eine Sammlung beziehungsweise die Summe weitere Kulturen. Für die Organisation „Polizei“ verwendet Behr den Begriff „Polizeikultur“.⁵⁶ Für die anderen hier zu beleuchtenden Organisationen, Luftfahrt und Medizin, gibt es keine Begriffe, die die Kultur dieser Organisation bezeichnen. Während der Begriff „Luftfahrtkultur“ überhaupt nicht existent zu sein scheint, findet sich der Begriff „Medizinkultur“ schon in der Literatur. Er wird aber völlig uneinheitlich verwandt und eine klare Definition existiert nicht. Allerdings findet sich in den beiden vorgenannten Bereichen ein anderer Kulturbegriff, der der „Sicherheitskultur“. Sowohl in der Luftfahrt, als auch in der Medizin haben Fehler unter bestimmten Umständen ganz erhebliche Auswirkungen. Im Extremfall haben Fehler sogar die Folge, dass

⁵³ Strohschneider, 2008, S.42.

⁵⁴ Volkmer, 2004, S. 83.

⁵⁵ Behr, 2006, S. 48.

⁵⁶ Ebd.

Menschen ihr Leben verlieren. Daher besitzt die Sicherheitskultur in der Luftfahrt und in der Medizin einen so hohen Stellenwert.

Der Begriff der Sicherheitskultur wird in einem polizeilichen Kontext, insbesondere im Zusammenhang mit einer Beschreibung und Analyse der Polizeikultur nicht verwendet. Etablierter ist eher der Begriff der Führungskultur⁵⁷, der aber im Vergleich mit dem Begriff Sicherheitskultur anders belegt ist und keinesfalls synonym zu verwenden ist.

„In jeder Organisation stellen sich verschiedene Formen der Kultur dar, die alle eine bedeutende Rolle spielen, inwieweit sich eine Organisation verändern kann. Es muss jedoch nicht zwangsläufig jede Kulturform in einer Organisation vertreten sein. Bei diesen Kulturformen handelt es sich um

- Vertrauenskultur
- Zielkultur
- Machtkultur
- Visionskultur
- Änderungskultur

Und letztendlich auch die

- Fehlerkultur.⁵⁸

2.3 Fehlerkultur

„Der Begriff Fehlerkultur bezeichnet demnach einfach „die Art und Weise, wie man mit Fehlern umgeht“.⁵⁹ Die Polizei als Organisation betrachtet sich im Selbstbild als „lernende Organisation“, die sich ständig verändert, daher alles andere als statisch ist und versucht, sich positiv zu verändern. Der Druck sich zu verändern ist vielfältig. Aufgrund der Tatsache, dass sich eine Polizeiorganisation als Arbeitgeber in einem Markt zahlreicher anderer Arbeitgeber in Art Konkurrenzsituation befindet, um ausreichend geeigneten Nachwuchs zu finden, muss es ihr gelingen als Arbeitgeber attraktiv zu sein. Eine positive Organisationskultur und damit einhergehend auch der Ruf, diese zu besitzen, ist ein nicht unwesentliches Kriterium. Gleichermäßen muss eine Organisation wie die Polizei auch flexibel und kreativ sein, um sich ver-

⁵⁷ Vgl. Heimann, 2009 und Schiewek, 2009.

⁵⁸ Volkmer, 2004, S. 85.

⁵⁹ Schüttelnkopf, 2008.

ändernden Rahmenbedingungen anzupassen. Diese Rahmenbedingungen sind beispielsweise Veränderungen im Kriminalitätsgeschehen, aber auch Veränderung in der Politik und der Gesellschaft. Ein Beispiel für diese Flexibilität und Anpassungsfähigkeit ist die vermehrte Einstellung von Bewerbern mit Migrationshintergrund, um in einer sich verändernden Gesellschaft adäquat aufgestellt zu sein.

2.3.1 Polizeikultur – Cop-Culture

Behr definiert Polizeikultur wie folgt: „Polizeikultur ist ein Bündel von Wertbezügen, die als transzendentaler Rahmen das Alltagshandeln von Polizeibeamten ermöglichen, begrenzen und anleiten. Wertbezüge geben darüber Auskunft, in welchen Situationen welche Werte und Tugenden in welchem Ausmaß Geltung erlangen (z.B. Selbstdisziplin, Tapferkeit, Loyalität, Zivilcourage) und auch darüber, wann und in welchem Ausmaß Gewalt angewendet werden muss, soll oder darf.“⁶⁰ Während der Begriff der Polizeikultur die Werte und Ethik der Organisation beschreibt, in der mit Leitbildern ein ethisches Gerüst für die Polizei erstellt wird,⁶¹ existiert parallel dazu auch ein weiteres kulturelles Bezugssystem, in dem Polizistinnen und Polizisten an der Basis diese Orientierungen durch eigene Handlungsmuster ergänzen oder auch manchmal ersetzen.⁶² Für dieses kulturelle Bezugssystem hat sich der Begriff Polizisten-Kultur, im englischen Cop-Culture, etabliert. Da eine genauere Beschreibung dieser verschiedenen kulturellen Bezugssysteme, insbesondere die Gemeinsamkeiten und Unterschiede, sehr aufwändig und komplex ist, sollen an dieser Stelle lediglich die Besonderheiten im Kontext einer Fehlerkultur beziehungsweise der Behandlung von Fehlern herausgearbeitet werden.

Während in der Polizei-Kultur, im Sinne einer Unternehmenskultur, institutionell in der jeweiligen Organisationskultur eine Fehler-Kultur verankert ist, die in erster Linie aus einem Sanktionssystem durch eine straf- oder disziplinarrechtliche Bewertung besteht, und bislang wenige Ansätze einer positiven Fehler-Kultur beinhaltet, sieht es innerhalb der Polizisten-Kultur, in der es keinerlei institutionalisierte Elemente einer Fehler-Kultur gibt noch düsterer

⁶⁰ Behr, 2006, S. 48.

⁶¹ Vgl. Behr, 2013, S. 84.

⁶² Ebd.

aus. Individuelle Fehler werden tendenziell eher verschleiert, nicht nach außen getragen und führen letztendlich zu einer „Mauer des Schweigens“. Dieses Phänomen findet sich insbesondere im Zusammenhang mit illegaler, überzogener Gewaltanwendung. „Gesetzesverstöße von Kollegen, wie beispielsweise der unangemessene Gebrauch von Gewalt, werden nicht zur Anzeige gebracht, oder Vorgesetzten gegenüber nicht geäußert, auch wenn es sich um massive Abweichungen handelt.“⁶³ Der Begriff „Mauer des Schweigens“ findet sich in diesem Kontext im Übrigen auch im Abschlussbericht des Parlamentarischen Untersuchungsausschusses der Hamburger Bürgerschaft, die zur Einrichtung der Hamburger Polizeikommission führte.⁶⁴ Behr stellt in diesem Zusammenhang fest, dass sich die „Mauer des Schweigens“ dabei nicht auf eine direkte Verweigerung der Aussage beziehe, sondern sich vielmehr darin äußert, dass am Einsatz beteiligte oder anwesende Kollegen behaupten, sich nicht an die konkrete Situation erinnern zu können oder abgelenkt gewesen zu sein.⁶⁵ Das sind offensichtlich schwere Rahmenbedingungen, um eine positive Fehlerkultur zu implementieren. Behr bringt es auf den Punkt: „Denn zu den ehernen Gesetzen der Cop Culture gehört, dass der Verrat absolut tabu ist. Da helfen alle Appelle um die Einführung einer Fehlerkultur überhaupt nichts.“⁶⁶

2.4 Ursachen für Fehler

Wie bereits in Kapitel 2.1 dargestellt, sind die Ursachen für Fehler vielfältig und in den meisten Fällen auf menschliche Fehler zurückzuführen. Ein Schwerpunkt bei der Fehler-Analyse, beziehungsweise bei der Identifikation einer Fehlerursache ist, nicht nur festzustellen, dass ein Fehler eingetreten ist, sondern auch, wie es dazu gekommen ist.⁶⁷ Bei einer Konzentration auf die menschlichen Faktoren bieten sich folgende Fragestellungen an:

- Ist der Mitarbeiter mit dem anfallenden Arbeitsaufkommen überlastet, d. h. ist eine Quantität betreffende personenbezogene Überforderung eingetreten?

⁶³ Feltes, Klukkert, & Ohlemacher, 2007, S. 286

⁶⁴ Siehe Kapitel 6.1.1.

⁶⁵ Behr, 2010, S. 317.

⁶⁶ Aao. S. 321.

⁶⁷ Vgl. Volkmer, 2004, S. 92

- Fehlt ihm zur Bewältigung der übertragenen Aufgaben das entsprechende fachliche Wissen, d.h. liegt eine geistige/qualitative Überforderung vor?
- Verfügt der Mitarbeiter nur über mangelnde Informationen, die eventuell daher gründen, dass es in dem Arbeitsbereich an ausreichender Kommunikation mangelt?⁶⁸
- Existieren fehlerbegünstigende Co-Faktoren, wie Stress⁶⁹, Defizite bei kognitiven Ressourcen (Müdigkeit, Krankheit etc.)?

2.5 Fehlerkultur in der Polizei – Negativ-Beispiele

Würde man Führungskräfte der Polizei nach ihrer Fehlerkultur befragen, ist es sehr wahrscheinlich, dass deren Einschätzung sehr positiv ist. Jeder glaubt er würde in seinem Verantwortungsbereich mit einer Fehlerkultur arbeiten und er würde sie aus seiner subjektiven Perspektive auch als positiv bewerten. In der Regel findet aber eine kritische Reflexion dieser etablierten Fehlerkultur nicht statt. Auch fehlt es genauso häufig am Wissen über Alternativen, also über Fehlerkulturen in anderen Organisationen. Die Ursachen dafür liegen auf der Hand. Ein kritischer wissenschaftlicher Umgang mit dem Thema Fehlerkultur fristet in der Polizei⁷⁰ ein Nischendasein. Das verwundert wenig, da das Thema polizeiliche Fehlerkultur thematisch den Polizeiwissenschaften zuzuordnen ist und eben diese Polizeiwissenschaften seit Jahrzehnten darum kämpfen müssen, ihre Erkenntnisse in die polizeiliche Praxis einfließen lassen zu können. So kommt Möllers zu dem Schluss, dass die Polizeiwissenschaft, anders als die Kriminologie, das Ziel, einen breiten wissenschaftlichen Diskurs anzulegen, noch nicht erreicht habe. Unter anderem sei dies daran messbar, dass viel zu wenig polizeiwissenschaftliche Lehrstühle existieren. Aktuell existiert Polizeiwissenschaft als eigenständige wissenschaftliche Disziplin lediglich an der Ruhr-Universität in Bochum, mit einem Lehrstuhl für Kriminologie, Kriminalpolitik und Polizeiwissenschaft und an der Privaten Universität Witten/Herdecke etablierte sich ein Lehrstuhl für Politikwissenschaft, Sicherheitsforschung und Sicherheitsmanagement.⁷¹

⁶⁸ vgl. ebd.

⁶⁹ Siehe Kapitel 2.1.6.

⁷⁰ in diesem Kontext meint „Polizei“ sämtliche Länderpolizeien und die Polizeien des Bundes.

⁷¹ Vgl. Möllers, 2017, S. 22.

Exemplarisch für das noch vorherrschende Verständnis von Fehlerkultur sind sogenannte „Prozessschritte“ an einem Beispielsprozess „Beschwerdemanagement“ in einem aktuellen Standardwerk polizeilicher Führungslehre. In den dort aufgeführten Prozessschritten finden sich – im Text durch Fettdruck hervorgehoben – „Kundenerwartungen“, die lauten „... Strafrechtliche Prüfung, Disziplinarrechtliche Prüfung.“, oder beim Prozessschritt „Produkte zur Erfüllung der Kundenerwartung“: „... Ermittlungsverfahren, Disziplinarverfahren.“⁷² Offensichtlich scheinen den Autoren als wesentliche Instrumente eines Beschwerdemanagements, hier sprachlich gleichzusetzen mit einem Fehlermanagement, nur Formen einer Bestrafung einzufallen. Dies zeigt deutlich, wie weit die Organisation „Polizei“ noch von einer positiven Fehlerkultur entfernt ist. Insgesamt lässt sich feststellen, dass sich bislang in der Polizei nahezu kein positiver oder konstruktiver Umgang mit Fehlern erkennen lässt. In diesem Kontext geradezu vernichtend ist die Einschätzung von Ohlemacher et al., dass es der Polizei an einer positiven Fehlerkultur mangeln würde.⁷³ Es gäbe noch immer eine Tendenz, Fehler zu verschweigen oder zu vertuschen.⁷⁴ Eine Ursache dafür sei die Angst in der Organisation, dass das Bekanntwerden von Fehlern zu einem Imageschaden führe.⁷⁵

Ein Beispiel polizeilichen Umgangs mit einem erkannten Fehler: Bei einem Verkehrsunfall mit einem Dienst-Kraftfahrzeug, bei dem ein Polizeivollzugsbeamter der Verursacher war, wird mit diesem zunächst ein Gespräch geführt, um ihn zu sensibilisieren und zu mehr Vorsicht zu ermahnen. Weiterhin wird ihm recht zeitnah ein Fahrsicherheitstraining ermöglicht. Dieses hat zunächst den Anschein einer guten Lösung im Sinne einer positiven Fehlerkultur. Bei einer genaueren Betrachtung fällt allerdings folgendes auf: Bei der größten Zahl derartiger Verkehrsunfälle handelt es sich um klassische „Fehler beim Rückwärtsfahren“, bei dem kleinere Hindernisse hinter dem Dienst-Kraftfahrzeug übersehen wurden. Häufig sind dabei auch die Rahmenbedingungen nicht ganz einfach, so herrscht sehr häufig Dunkelheit und der Unfall ereignet sich im Rahmen eines dringlichen Einsatzes, mit dem ein erhöhter Stresslevel einhergeht. Im angebotenen Fahrsicherheitstraining sind allerdings zentrale Inhalte Schleudern und Bremsen in Notsituationen. Somit geht

⁷² Stierle & Renter, 2017, S. 740.

⁷³ Vgl. Ohlemacher et al., 2003

⁷⁴ Vgl. Feltes, 2012, S. 289.

⁷⁵ Aao., S. 285.

das Training am Ziel, den (vermeintlich) erkannten Fehler zu eliminieren gänzlich vorbei. Viel mehr ist die Reaktion auf den erkannten Fehler ein Alibi-Training, mit dem lediglich ein Reagieren auf den Fehler nach außen hin dokumentiert wird, im Idealfall verbindet sich damit eine Sensibilisierung desjenigen der den Fehler gemacht hat, eine sinnvolle Methode, diesen Fehler zukünftig zu vermeiden, ist damit allerdings nicht verbunden. Besser wäre es, eine strukturierte Analyse des Vorfalls vorzunehmen, die möglichen fehlerbegünstigende Faktoren zu identifizieren und diese dann nach Möglichkeit abzustellen. Die Bandbreite möglicher Maßnahmen ist groß. So könnte man auf die Situation eingehen und vielleicht Stressoren identifizieren, die den Stresslevel des Unfallverursachers erhöht haben. Aber auch zunächst völlig abwegige Ideen könnten geprüft werden. Beispielsweise ist es den Fahrern des Logistik-Unternehmens UPS verboten überhaupt rückwärts zu fahren.⁷⁶ Natürlich kann man Polizeiangehörigen nicht generell verbieten rückwärts zu fahren. Dennoch könnte im Rahmen taktischer Schulungen vermittelt werden, seinen Funkstreifenwagen nach Möglichkeit so aufzustellen, dass ein Rückwärtsfahren grundsätzlich vermieden wird.

⁷⁶ Nicolai, 2016.

3 Fehlerkultur außerhalb der Polizei

3.1 Fehlerkultur in der Industrie

Die Luftfahrt gilt als Pionier der Sicherheitskultur und Fehlervermeidung, die ersten Wurzeln gehen jedoch deutlich weiter zurück in der Geschichte. Die ersten dokumentierten Spuren dazu führen ins Jahr 1818 zurück.⁷⁷

„Our work is never so urgent or important that we cannot take time to do it safety – unsere Arbeit ist niemals so dringend oder wichtig, als dass wir uns nicht die Zeit nehmen können, sie sicher zu tun.“⁷⁸, so lautet eine wesentliche Firmenphilosophie der amerikanischen Firma Du Pont de Nemours. Du Pont ist eine der größten Konzerne der chemischen Industrie. Gegründet wurde Du Pont 1802 als ein Unternehmen für die Herstellung von Sprengstoffen. Im Jahre 1818 starben bei einer Explosion im Rahmen der Sprengstoffherstellung bei Du Pont in den USA 40 Arbeiter. Basierend auf diesem Ereignis erstellte Du Pont ein revolutionäres Sicherheitskonzept und seine bekannte Unfallpyramide.

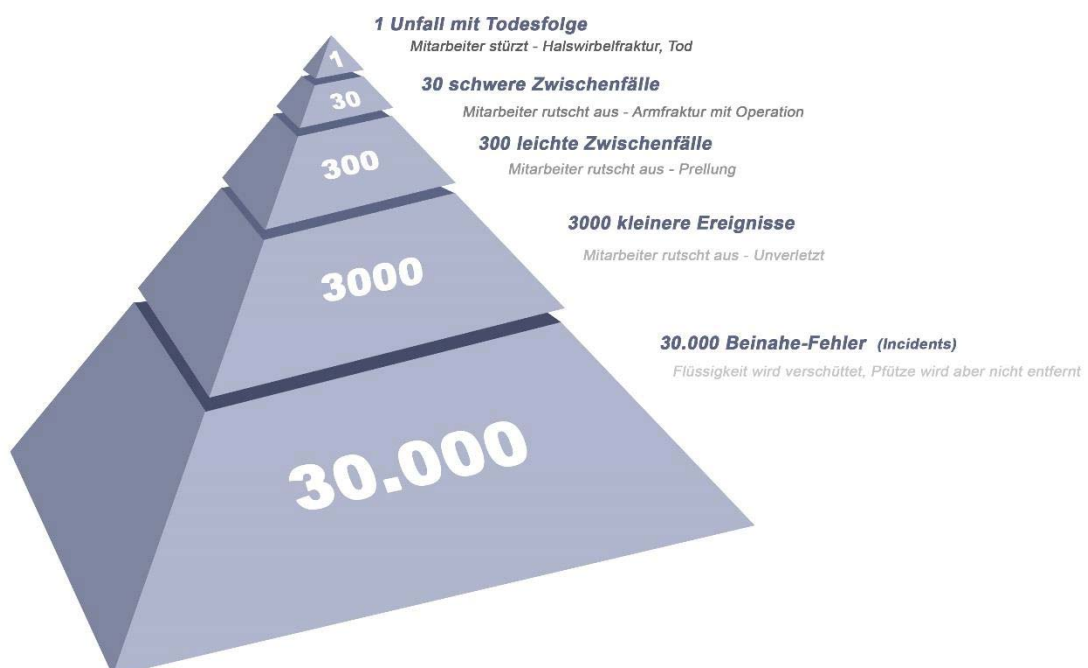


Abbildung 2 – Unfallpyramide nach Du Pont

Die Unfallpyramide und das dahinterstehende Konzept von Du Pont wurde anschließend weltweit von industriellen Betrieben übernommen. Die Philoso-

⁷⁷ Orlicek, 2011.

⁷⁸ Käfer, 1999, S. 7.

phie der Unfallpyramide von Du Pont basiert auf der Erkenntnis, dass Unfälle meistens die Folgen von unsicheren Handlungen sind und dass ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Anzahl unsicherer Handlungen und der Anzahl Unfälle besteht. So beschrieb Du Pont erstmalig im 19. Jahrhundert eine Unfallpyramide, die besagt, dass einem Unfall mit Todesfolge ca. 30.000 Bagatellunfälle vorausgehen. Es wurde also eine Korrelation zwischen der Zahl der leichten Zwischenfälle und den folgeschweren wahrgenommen. Auf 30.000 leichte Zwischenfälle, wie beispielsweise das Verschütten von Flüssigkeiten, bei denen sich die Mitarbeiter entfernen, kommen 3.000 Zwischenfälle, bei denen sich Mitarbeiter leicht verletzen, sodass Erste-Hilfe-Maßnahme erforderlich werden. Darauf kommen 300 Zwischenfälle bei denen eine Verletzung schon so schwerwiegend sind, dass weitergehende medizinische Maßnahmen, wie beispielsweise das Nähen einer Fleischwunde, erforderlich sind. Darauf wiederum kommen 30 schwere Unfälle, bei denen Mitarbeiter dermaßen verletzt werden, dass eine mehrwöchige Ausfallzeit daraus resultiert, beispielsweise eine Fraktur eines Armes oder eines Beines. An der Spitze dieser Pyramide stehen schwerste Unfälle, bei denen ein Mitarbeiter sein Leben aufgrund des Unfalls verliert. Als Beispiel führt Du Pont einen Sturz an, bei dem der Mitarbeiter schwerste Verletzungen an der Halswirbelsäule erleidet, die unmittelbar zum Tod führen.

Du Pont verstärkte massiv die Maßnahmen, die der Reduzierung schon der leichtesten Zwischenfälle dienten. Die Mitarbeiter wurden sensibilisiert, geschult und aktiviert, auch schon kleinste Zwischenfälle zu melden. Das System der Meldung, der Analyse und der Lösung erkannter Probleme wurde bis heute immer weiter verfeinert.

Durch die Reduktion der Anzahl unsicherer Handlungen gelang es Du Pont, ihre Unfallzahlen auf 1 Prozent des Branchendurchschnitts zu senken.⁷⁹

Das Beispiel Du Pont zeigt, wie elementar wichtig es ist, sich auch um die kleinen Fehler, die kleinen Zwischenfälle zu kümmern, um dadurch auch schwerwiegendere Zwischenfälle zu reduzieren. Diese Herangehensweise ist sicher auch auf andere Bereiche und somit auch auf die Organisation Polizei übertragbar. Luftfahrt und Medizin haben die Chancen dieser Herangehensweise bereits übernommen.

⁷⁹ Haller & Fink, 2006.

3.2 Fehlerkultur in der Luftfahrt

Aktives Fehlermanagement ist möglich, funktioniert und ist erfolgreich. Das zeigt ein Blick in Hochrisikobranchen wie die Luftfahrt, wo Fehler offen akzeptiert, analysiert und Fehlerquellen sachlich ausgeschaltet werden müssen, um Katastrophen zu vermeiden.

Keine andere Branche befasst sich so intensiv mit der Ursachenforschung und dem Umgang mit Fehlern wie die Luftfahrt. Nirgendwo sonst sind Fehler so gefürchtet und gleichzeitig so elementar wichtig wie in einem Flugzeugcockpit. Schon vor Jahrzehnten begann man damit, jedes Flugzeugunglück, jeden Flugunfall und auch jeden kritischen Zwischenfall akribisch zu analysieren. Nicht um den Schuldigen zu finden, sondern um zu verstehen, warum sich die Piloten so verhalten haben. Man begriff, dass Fehler keine menschliche Fehlfunktion, sondern ein Faktor menschlichen Handelns sind. Deshalb sprach man fortan bei einem Pilotenfehler nicht mehr von „Human Error“, sondern von „Human Factor“. Heute hilft das „Crew Resource Management“ weltweit Piloten dabei, schwierigen Situationen mit perfektem Teamwork und klaren Prioritäten zu begegnen. Bis heute liefern Fehlerauswertungen wertvolle Hinweise, wo eine Schwachstelle im System liegt. Deshalb trägt jeder Fehler dazu bei, Fliegen sicherer zu machen.⁸⁰

Das Konzept des Crew Resource Managements (CRM) umfasst dabei einen ausgereiften Verhaltenskodex für die Flugzeugbesatzung, mit besonderem Fokus auf den Umgang mit Fehlern.

Nach einer Häufung schwerwiegender Unfälle in der Luftfahrt in den 70er Jahren des letzten Jahrhunderts, begannen zunächst einige amerikanische Luftfahrtunternehmen und die NASA mit einer intensiven Ursachenanalyse dieser Ereignisse. Erste Forschungsergebnisse wurden 1979 präsentiert. Im Ergebnis wurde festgestellt, dass bei etwa 75 Prozent der schweren Zwischenfälle menschliche Ursachen ausschlaggebend waren. Damit konnte erstmals belegt werden, dass in den meisten Fällen nicht technisches Versagen oder Materialermüdung unfallursächlich waren, sondern eher menschliche Kommunikation, Wahrnehmungsfehler, Entscheidungsfindung, Risikomanagement oder Führungsverhalten. Aus diesem Workshop wurde ein Trainingsprogramm entwickelt, das zunächst Cockpit-Resource-Management

⁸⁰ Keil, 2016.

(CRM) genannt wurde. 1981 begann United Airlines mit einem CRM-Training, das die Besatzungen einmal jährlich zu absolvieren hatten. Mitte der achtziger Jahre hatten nahezu alle anderen amerikanischen Luftfahrtgesellschaften dieses Trainingskonzept übernommen. Im weiteren Verlauf wurde auch die Team-Dynamik berücksichtigt, was dazu führte, dass neben der Cockpit-Crew auch die Kabinen-Crew mit in das Trainingsprogramm einbezogen wurde. Es etablierte sich der Name Crew-Resource-Management (CRM).

Mittlerweile ist das CRM-Konzept bei der Ausbildung von Flugzeugbesatzungen, die in der gewerblichen Luftfahrt tätig sind, weltweit vorgeschrieben, umfasst neben den Piloten und der Kabinenbesatzung auch das Bodenpersonal und hat die Sicherheit im internationalen Luftverkehr maßgeblich erhöht. Dieses Konzept wird mittlerweile auch als Maintenance-Resource-Management (MRM) für alle Personen, die sich mit der Wartung von Luftfahrzeugen beschäftigen, angewandt. Ähnliche Programme finden sich auch in der gewerblichen Schifffahrt als Maritime-Resource-Management oder in Raffinerien oder kerntechnischen Anlagen.

Zu den Inhalten des Crew-Resource-Managements: Wesentliche Kernaussage ist „Selbst bei schwerwiegenden Fehlern erhält ein Pilot Training statt Bestrafung. Niemand macht absichtlich Fehler. Meist ist das Selbstwertgefühl danach ohnehin angeknackst. Deshalb sollte der Chef lieber zuhören statt zu tadeln!“⁸¹

⁸¹ Keil, 2016.

3.3 Fehlerkultur in der Medizin

Wie wichtig ein konstruktiver Umgang mit Fehlern ist, lässt sich in der aktuellen Debatte um medizinische Behandlungsfehler in Krankenhäusern ablesen. Bisher galten Mediziner oft als unfehlbare „Halbgötter in Weiß“. Nachdem sich einige Mediziner zu eigenen Behandlungsfehlern bekannt hatten, wurde eine intensive Debatte um die Fehlerkultur in Krankenhäusern und die Vermeidung von Fehlern angestoßen. Besonders problematisch dabei ist die Rolle der Versicherer, bei denen sich Ärzte gegen Regress-, Schmerzensgeld- und Schadenersatzforderungen absichern. Diese Versicherungen haben allein aus betriebswirtschaftlichen Gründen kein oder nur wenig Interesse, dass seitens der Mediziner Fehler offen zugegeben und kommuniziert werden. Ihr eigentliches Interesse liegt darin, vorhandenen Fehler zu relativieren oder abzuschwächen, um in weniger Fällen zahlen zu müssen. Auch die (berechtigte) Angst vor einer strafrechtlichen Verfolgung hemmt Mediziner, eigene Fehler einzugestehen, offen zu kommunizieren und somit anderen zugänglich zu machen.

Dennoch, auch gegen den Widerstand der Versicherer, etabliert sich in der Medizin langsam eine positive Fehlerkultur, deren Ziel es ist, (Behandlungs)Fehler zu reduzieren und nach Möglichkeit gänzlich zu vermeiden.

Haller und Fink beschreiben diese Form der Fehlerkultur als „Risk-Management“. „Mit dem Risk-Management soll eine möglichst gute, für den Patienten und Arzt risikolose Behandlung gesichert werden. Es geht dabei um Schadensbegrenzung bzw. Schadensverhütung, um das Auffinden von Fehlerquellen im Krankenhausbetrieb, um Vermeidung individueller und organisatorischer Mängel, um Beseitigung von Schwachstellen in der täglichen Routine der Krankenbehandlung. Risk-Management heißt somit Schadensprävention.“⁸² Auch die persönlichen Risiken für Mediziner, eigene Fehler offen zuzugeben thematisieren die Autoren. „Im Bereich der Medizin war es bis heute schwierig, mit Fehlern umzugehen, weil man zur Perfektion erzogen wurde und Fehler nicht vorkommen dürfen. Kein Arzt ist daran interessiert, seine Fehler einzugestehen und daraus zu lernen, wenn er sich dabei dem Richter ausliefert, denn anders als in den USA, kann z.B. in der Schweiz

⁸² Haller & Fink, 2006, S. 46.

(und auch in Deutschland (Anmerkung des Verfassers)) jeder Fehler zu einer Strafverfolgung führen.

In der Medizin werden kritische Zwischenfälle als ein Ereignis definiert, das ohne Prävention zu einem unerwünschten Ausgang, das heißt zu einer physischen oder psychischen Beeinträchtigung eines Patienten hätte führen können. Die Medizin hat die Begrifflichkeiten aus der Prozessindustrie, adaptiert.⁸³

4 Der Begriff der Just Culture

Just Culture⁸⁴ vertritt den Ansatz, dass nicht einfach nur derjenige bestraft wird, bei dem der letzte Fehler in einer Kausal-Kette passiert ist, sondern dass im System die Schwachstellen gesucht werden, die kumulativ zum Fehler geführt haben.

In komplexen Systemen ist davon auszugehen, dass Sicherheit nicht nur an einer Stelle gewährleistet wird, sondern auf verschiedenen Ebenen oder durch nacheinander gelagerten Sicherheitsnetze. Hier tritt dabei der Begriff des löchrigen "Swiss-Cheese" wieder auf, der bereits in Kapitel 2 dargestellt wurde, bei dem jede Käsescheibe den fatalen Fehler abwehrt. Da jede Käsescheibe, wie bereits dargelegt, unbekannte Löcher hat, beziehungsweise deren Anordnung und Größe variieren, besteht Sicherheit nur dann, wenn mehrere Scheiben nacheinander folgen und alle Löcher dadurch verdeckt werden.

Zur Just Culture gehört insbesondere, dass alle Akteure im System alle Probleme melden, ohne befürchten zu müssen, bestraft zu werden. Nur mit einer Selbstreflexion und -kritik gelingt es, die Löcher im Käse frühzeitig zu identifizieren, bevor es einem Fehler gelingt, alle aufeinanderfolgenden Scheiben bis zum Unfall zu durchdringen. Durch eine Bestrafung des Letzten in einer Kausal-Kette wird dagegen kein ernsthafter Versuch betrieben, zukünftige Fehler zu vermeiden. Ganz im Gegenteil: Angst vor einer Bestrafung führt bei den Akteuren zu Stress, der – wie bereits in Kapitel 2.1.6 dargestellt – als ein Fehler begünstigender Co-Faktor gilt.

⁸³ Vgl. ebd., S. 50.

⁸⁴ Aus dem englischen am besten mit „Gerechtigkeitskultur“ zu übersetzen

1997 beschrieb James Reason in seinem Buch „The Risks of Organizational Accidents“ Just Culture als „an atmosphere of trust in which people are encouraged, even rewarded, for providing essential safety-related information, but in which they are also clear about where the line must be drawn between acceptable and unacceptable behavior.“⁸⁵

Die Just-Culture berücksichtigt, dass Fehler menschlich sind. Im Folgenden werden wesentliche Inhalte einer Just-Culture (am Beispiel der Medizin) dargestellt.

- Um denjenigen, dem ein Fehler unterlaufen ist, wird sich gekümmert und er wird unterstützt.
- Wenn derjenige sich riskant verhalten hat und Standards missachtet hat, wird er nach dem Grund gefragt, bevor sein Verhalten verurteilt wird.
- Wenn derjenige sich oder einen Patienten absichtlich und rücksichtslos in Gefahr gebracht hat, ist dieser für sein Verhalten verantwortlich und dafür haftbar.

Diese drei Grundregeln werden dabei in Regeln und Standards der Organisation implementiert und vorgelebt. Ziel ist es, eine Kultur zu etablieren, in denen sich ein Team ermutigt fühlt, Fehler offen anzusprechen.⁸⁶

Die Reaktion auf Fehler richtet sich nach der identifizierten Art des vorliegenden Fehlers.⁸⁷

Bei einem einfachen Irrtum, Denkfehler oder Ausrutscher: Trost spenden statt bestrafen. Analyse des Fehlers, Prozessoptimierung, Training. Dadurch erfolgt eine Reduzierung zukünftigen gleichartigen Fehlverhaltens.

Bei unsicheren, riskanten Verhalten: Anreize für sicherheitsbewussteres Verhalten schaffen. Schulung und Training von Sicherheits- und Risikobewusstsein.

Waghalsiges oder leichtsinniges Verhalten, also eine bewusste Missachtung bekannter Risiken: Kompensation eines eingetretenen Schadens und Sanktionierung, Bestrafung des Verursachers. Erst bei dieser Intensität der Zuwiderhandlung ist eine Strafe erforderlich.

⁸⁵ Reason, 1997, S. 195.

⁸⁶ Vgl. Marx, 2017, S. 96.

⁸⁷ Siehe Kapitel 2.1.

Neben der Medizin etabliert sich die Idee eine Just-Culture auch in der Luftfahrt. So hat sich EASA (European Aviation Safety Agency) eine „Just Culture Task Force“ gegründet, die das Ziel verfolgt, eine Just-Culture in der europäischen Luftfahrt einzuführen.⁸⁸

5 Weitere Instrumente einer (positiven) Fehlerkultur

5.1 Human Factors Analysis and Classification System

Das „Human Factors Analysis and Classification System“ (HFACS) wurde 2000 am Civil Aviation Medical Institute und an der University of Illinois in Urbana-Champaign von Dr. Scott Shappell und Dr. Doug Wiemann entwickelt. Ziel war es, die zahlreichen Faktoren zu identifizieren, die innerhalb komplexer Arbeitsumgebungen zu unerwünschten Ergebnissen, Zwischenfällen oder Unfällen führen.⁸⁹ Wesentliche Grundlage des HFACS ist das bereits in Kapitel 2 dargestellte Schweizer-Käse-Modell von James Reason. HFACS greift Reasons Modell auf und definiert vier Ebenen, in denen menschliche Fehler zur Entstehung von Unfällen beitragen.

- Unsichere Handlungen
- Vorbedingungen für unsichere Handlungen
- Unsichere Supervision
- Einfluss der Organisation

In der ersten Ebene „Unsichere Handlung“ werden die menschlichen Fehlleistungen analysiert. Dabei kann die ganze Bandbreite der Fehlerarten in Betracht kommen. Vom einfachen Irrtum bis hin zu bewussten Regelverletzung ist alles denkbar. In einem nächsten Schritt werden die Vorbedingungen oder Rahmenbedingungen untersucht.

Dabei erfolgt eine weitere Untergliederung in Umgebungsfaktoren, Anwenderfaktoren und Persönlichkeitsfaktoren. In der dritten Untersuchungsebene werden Faktoren wie Einflussfaktoren von außen, beziehungsweise das Vorhandensein oder Fehlen einer Supervision, betrachtet. Wird bei der Kontrolle ein Defizit festgestellt, liegt offensichtlich bereits ein Fehler in der Planung vor. In dem Fall, dass ein Problem in der Planungsphase bereits erkannt war,

⁸⁸ Vgl. Beer, 2013.

⁸⁹ Vgl. Shappell & Wiegmann, 2000.

aber nicht korrigiert wurde, liegt ein Fehler der Supervision, also der Aufsicht vor. In der vierten und letzten Ebene erfolgt eine Betrachtung der Organisation und des Einflusses der selbigen auf den Fehler. In einer feineren Untergliederung werden dabei mangelnde Ressourcen, ein ungenügendes Klima innerhalb der Organisation und auf die Prozessabläufe innerhalb der Organisation analysiert. Am Ende der Untersuchung entsteht ein komplexes Gesamtbild aller einen Fehler begünstigenden Faktoren. Jeder einzelne dieser erkannten Faktoren kann und muss dann dahingehend untersucht werden, wie er eliminiert werden kann.

Auch wenn HFACS dafür entwickelt wurde, in komplexen Arbeitsumgebungen retrospektiv menschliche Fehler zu identifizieren, kann es gleichermaßen auch präventiv für eine Sicherheitsanalyse eingesetzt werden.

5.2 Critical Incident Reporting System

„Die Luftfahrt und die NASA haben zur Analyse und Aufdeckung von Sicherheitsproblemen ein anonymes Meldesystem, ein sog. Critical Incident Reporting System (CIRS), eingerichtet. Mitarbeiter sind hier aufgefordert, Ereignisse zu melden, die zu Unfällen führten oder hätten führen können. Anonym sollte das Meldesystem deshalb sein, da gerade bei menschlichen Fehlern Hemmungen im öffentlichen Zugeständnis dieser herrschen.

Bis 2012 wurden über 350.000 Zwischenfälle im Bereich der Luftfahrt anonym gemeldet. Hieraus erkannte man klassische Ursachen für die Entstehung von Critical Incidents. So z.B., dass etwa 75 Prozent aller Unfälle mit menschlichem Fehlverhalten zusammenhängen, welches im Vorfeld vermeidbar gewesen wäre. Ursächlich sind regelmäßig Störungen in der Teamarbeit, Arbeitsüberlastung, Ermüdung, Kommunikationsprobleme, Überwachungsprobleme, organisatorische Mängel, ungewöhnliche Umweltbedingungen und individuelle sonstige Fehler. Aus der Analyse dieser Critical Incidents heraus identifizierten die Wissenschaftler typische Risikofaktoren, gegen welche gezielt Präventivmaßnahmen ergriffen wurden. Hieraus wuchsen unter anderem das Sicherheitsdenken und die modernen Sicherheitssysteme in der Luftfahrt. Folge der gewonnenen Erkenntnisse sind z.B. Verhal-

tensschulungen von Cockpitteams oder die Anrechnung der Präsenzzeit auf die Arbeitszeit bei Piloten, um Arbeit bei Übermüdung zu vermeiden.“⁹⁰

Systeme zur Erfassung von „critical incidents“ (CIRS) werden zunehmend auch in der Medizin eingesetzt. Ziel ist die Erfassung von Systemproblemen und -fehlern bevor diese zu Komplikationen oder Schädigungen der Patienten führen. In einem Artikel in der Fachzeitschrift „Der Chirurg“⁹¹ aus dem Jahr 2005 berichten die Autoren über erste Erfahrungen mit einem solchen Meldesystem im Departement Chirurgie des Rätischen Kantons- und Regionalspitals in Chur/Schweiz. Demnach können seit dem 01.02.2001 alle Mitarbeiter des chirurgischen Departements Zwischenfälle anonym oder offen auf einem standardisierten Dokumentationsformular an eine zentrale Stelle melden. In einer internen Qualitätsveranstaltung werden die Resultate monatlich präsentiert, wobei zwei bis drei entscheidende Fälle ausführlich diskutiert werden. Neue Erkenntnisse werden möglichst umgehend kommuniziert und in die Praxis umgesetzt. Zwischen dem 01.02.2001 und 31.12.2003 wurden insgesamt 424 Zwischenfälle gemeldet, 22 Prozent davon hatten einen reversiblen Schaden mit teilweise verlängerter Hospitalisation zur Folge, 13 Prozent waren als „near miss“ (Beinaheereignis) einzuordnen und 65 Prozent blieben ohne Folgen für den Patienten. 85 Prozent der Fälle hatten unmittelbare Konsequenzen für den Prozessablauf der Behandlung. Die Arbeit mit dem CIRS wurde nach ersten Erfahrungen als positiv eingeschätzt. Bemerkenswert dabei war, dass eine offene Diskussion über Zwischenfälle oder Fehler auch kleine, aber oft bedeutende Systemfehler aufdeckt, was zu Änderungen des Prozessablaufes und somit zur Verbesserung der Behandlungsqualität und -sicherheit führte.

Gerade für den Bereich der Medizin werden bereits Softwarelösungen kommerziell angeboten und genutzt, die EDV-basiert ein komplettes Meldesystem darstellen, von der Meldung bis hin zur Auswertung. Dabei werden die alle geforderten Kriterien für ein solches Meldesystem, insbesondere die Anonymität der Meldenden gewährleistet. Als Beispiel sei an dieser Stelle die Software „Intrafox Health Care“⁹² genannt, mit der die folgenden Prozessschritte einer Zwischenfall-Meldung abgearbeitet werden können:

⁹⁰ Hohenstein, 2012.

⁹¹ Vgl. Missbach-Kroll, Nussbaumer, Kuenz, Sommer, & Furrer, 2005.

⁹² Inworks GmbH, 2017.

- CIRS-Fallmeldungen
- Anonymisierung und De-Identifikation
- Bearbeitung der CIRS-Fälle
- Berichte automatisch erhalten

Über ein Portal kann jeder Mitarbeiter einen Zwischenfall melden. In einem zweiten Schritt werden die Daten anonymisiert und einem Prozess der De-Identifikation unterzogen. Das heißt, es werden Inhalte entfernt, die Rückschlüsse auf den Verfasser der Meldung erlauben. Daran anschließend wird der Fehler anhand eines individuellen Schemas oder beispielsweise anhand des London Protocols⁹³ analysiert. Mithilfe der Software kann der Zwischenfall bewertet werden, bei Bedarf können externe Expertenmeinungen eingeholt werden. Aus der Analyse resultierende Maßnahmen können exportiert oder mithilfe anderer Software desselben Anbieters umgesetzt werden. In jedem Prozessschritt können Berichte generiert werden.

5.3 Das London-Protokoll

Die Untersuchung medizinischer Behandlungsfehler liefert häufig nicht die Schuld Einzelner, sondern systemische Mängel in Organisationen und Prozessabläufen zu Tage. Die Analyse dieser Zwischenfälle schafft ein tieferes Verständnis für die Mechanismen und Ursachen, die diesen Behandlungsfehlern zugrunde liegen.⁹⁴

Um systematisch Fehler, beziehungsweise Fehlverhalten zu analysieren, ist es sinnvoll, sich eines standardisierten Verfahrens zu bedienen. In Form eines Algorithmus werden bereits Zwischenfälle in der klinischen Medizin analysiert. Ein derartiger Algorithmus ist das von Sally Taylor-Adams und Charles Vincent am Imperial College London entwickelte London-Protokoll.⁹⁵ Dieses Protokoll liegt auf der Webseite des Imperial College London in insgesamt neun Sprachen vor.

Nachfolgend wird dieses für die Medizin entwickelte London-Protokoll in einer bereits auf polizeiliche Zwecke abgeänderten Version dargestellt. Die Abläufe des Protokolls erinnern in vielen Bereichen an einen polizeilichen

⁹³ Vgl. Taylor-Addams & Vincent, 2007, dargestellt in Kapitel TTT.

⁹⁴ Brühwieler, Müller, & Strametz, 2016.

⁹⁵ Taylor-Addams & Vincent, 2007.

Ermittlungsvorgang, weisen aber auch deutliche Abweichungen auf. Durch einige Modifikationen ist es möglich, dieses Protokoll auch für eine „Zwischenfall-Analyse“ im Kontext einer polizeilichen Fehlerkultur zu verwenden. Diese, auf die polizeilichen Bedarfe und auch an die polizeiliche (Fach)Sprache angepasste Version, kann damit für eine polizeiliche Zwischenfall-Analyse als Orientierung und Hilfe herangezogen werden, sofern es sich um kleinere Zwischenfälle handelt, die keine straf- oder dienstrechtliche Relevanz besitzen. Bei schwerwiegenderen Zwischenfällen, mit einer straf- oder dienstrechtlichen Relevanz, ist eine Verwendung nur eingeschränkt möglich, da dieses Protokoll rechtliche Rahmenbedingungen, wie beispielsweise Beschuldigtenrechte, nicht ausreichend berücksichtigt. Dieser Nachteil wird aber dadurch relativiert, dass sich durch eine Fehleranalyse mittels eines modifizierten London-Protokolls mehr fehlerbegünstigende Rahmenbedingungen und Co-Faktoren identifizieren lassen, die durch eine herkömmliche Untersuchung in der Regel nicht oder nur marginal Relevanz erhalten. Neben der Aufarbeitung „interner“ Zwischenfälle bietet sich dieses Verfahren besonders für die Bearbeitung externer Beschwerden im Rahmen eines Beschwerdemanagements an.

Die Untersuchung und Analyse eines Zwischenfalls gliedert sich in sieben Abschnitte.

- 1 Identifikation und Entscheidung zur Untersuchung
- 2 Personelle Zusammensetzung eines Untersuchungsteams
- 3 Organisation und Datensammlung
- 4 Chronologischen Ablauf des Zwischenfalls ermitteln
- 5 Fehlerhafte Vorgänge identifizieren
- 6 Fehlerbegünstigende Faktoren identifizieren
- 7 Empfehlungen ableiten und Maßnahmenplan entwickeln

Zu 1. Identifikation und Entscheidung zur Untersuchung

Es gibt diverse Gründe, die intensivere Untersuchung eines Zwischenfalls zu rechtfertigen. Indikatoren für eine Auswahl sind schwerwiegende Auswirkun-

gen des Zwischenfalls für einen Bürger oder einen Polizeiangehörigen, für die Organisation oder die Bedeutung des Zwischenfalls als potentielle Lernquelle.

Gravierende Zwischenfälle sollten stets meldepflichtig sein. Dies ist intern innerhalb der Organisation zu definieren und zu regeln. (Innerdienstliche Anordnung)

Bei besonders schwerwiegenden Zwischenfällen steigt eine zeitliche Dringlichkeit und erfordert daher eine unverzügliche Meldung. Bei leichteren Zwischenfällen reicht eine Meldung beispielsweise innerhalb einer Arbeitswoche.

Über die zu ergreifenden Maßnahmen hat der jeweilige Dienstvorgesetzte zu entscheiden.

Bei der Entscheidung, ob und wann ein Zwischenfall untersucht werden soll, ist zu berücksichtigen, was genau geschehen ist, wie sich der eingetretene Schaden darstellt und ob sich durch den Zwischenfall eine Außenwirkung entfaltet.

Derjenige, der die Untersuchung durchführt (siehe Ziff. 2) muss zeitnah die Untersuchung beginnen und zunächst entscheiden, welcher Zeitraum des Zwischenfalls besonders genau zu untersuchen ist. Dabei ist zu berücksichtigen, dass auch noch zeitlich nach dem eigentlichen Zwischenfall weitere Auswirkungen auftreten können. Die wesentliche Analyse sollte sich zunächst auf den Zeitraum konzentrieren, in dem die Probleme am deutlichsten zutage getreten sind.

Zu 2. Personelle Zusammensetzung eines Untersuchungsteams

Für die Untersuchung derartiger Zwischenfälle bedarf es geeigneter Experten. Im Idealfall besteht ein Untersuchungsteam aus drei oder vier Personen. Diese werden vom Leiter der Untersuchung aktiv in ihrer Tätigkeit unterstützt. Bei der Auswahl der Mitglieder des Untersuchungsteams kommt es darauf an, Mitglieder zu rekrutieren, die über weit gefächerte Qualifikationen verfügen und auch über zeitliche Ressourcen verfügen. Wenn erforderlich, sind sie für die Zeit der Untersuchung von ihrer Hauptaufgabe zu entlasten oder zu entbinden. Nur so können sich die Mitglieder des Untersu-

chungsteams voll auf ihre Aufgabe der Zwischenfalluntersuchung konzentrieren.

Ein ideales Team zur Untersuchung eines schwerwiegenden Zwischenfalls könnte sich wie folgt zusammensetzen:

- Experten für Zwischenfalluntersuchung und –analyse (diese sollten für diese Aufgabe speziell geschult sein)
- Externe Expertenmeinung (Dabei kann es sich um Sachverständige für das erkannte Problemfeld, beispielsweise Technik, Führungs- und Einsatzmittel, Verkehrsunfallaufnahme oder kriminalistische Ermittlungen handeln.)
- Expertise aus der nächst höheren Führungsebene
- Nützlich und wünschenswert wäre außerdem eine Person, aus derselben Ebene, nach Möglichkeit gleicher oder ähnlicher Dienstposten, der die internen Abläufe gut kennt, aber selbst nicht in den Zwischenfall verwickelt war.

In einer abgeschwächteren Zusammensetzung, bei weniger schwerwiegenden Zwischenfällen oder bei Beinahe-Zwischenfällen⁹⁶, würde es ausreichen, einen Vorgesetzten aus der nächst höheren Führungsebene, mit entsprechender fachlicher Qualifikation, die Untersuchung leiten und durchführen zu lassen und nur bei Bedarf weitere Experten hinzuzuziehen.

Zu 3 Organisation und Datensammlung

Dokumentation des Zwischenfalls

Sämtliche Fakten, Erkenntnisse und materiellen Gegenstände, die mit dem Zwischenfall in Zusammenhang stehen, sollten so früh wie möglich zusammengetragen werden, so zum Beispiel:

- Alle Einsatzunterlagen (z.B. Einsatzprotokolle aus einem Einsatzleit-rechner, persönliche Dokumentationen)
- Dokumentation und Formulare mit Bezug auf den Zwischenfall (z.B. Gesetzestexte, Erlasse, Verfügungen, interne Regelungen)
- Direkte Aussagen und Beobachtungen

⁹⁶ „Beinahe-Zwischenfälle“ sind Ereignisse, bei denen aufgrund einer unmittelbaren Reaktion oder aufgrund anderer Gründe letztendlich kein Schaden eingetreten ist.

- Befragung der Beteiligten
- Physisches Umfeld (z.B. Karte oder Grundriss des Ereignisortes)
- Sicherstellung der Führungs- und Einsatzmittel, die bei dem Zwischenfall eine Rolle gespielt haben (z.B. Einsatzrüstung, Waffen)
- Informationen über relevante Rahmenbedingungen, die das Ereignis beeinflusst haben (z.B. Dienstpläne, Wetterbedingungen, Lichtverhältnisse)

Die Aussagen können eine nützliche Datenquelle darstellen, jedoch nur dann, wenn die Zeugen und auch ein potentiell Beschuldigter entsprechend rechtlich ordnungsgemäß belehrt worden sind.

In den Aussagen sind die Geschehensabläufe, insbesondere auch hinsichtlich ihrer zeitlichen Abfolge (Timing) dezidiert zu erfassen. Wahrgenommene Schwierigkeiten, beispielsweise in der Kommunikation oder technische Probleme sind darin zu thematisieren. Auch „nur“ subjektiv empfundene Wahrnehmungen, beispielsweise das Gefühl überfordert zu sein, oder nur unzureichend unterstützt worden zu sein, sind in den Aussagen zu erfassen.

Die aus den gesammelten Aussagen gewonnenen Informationen sind mit den objektiv erhobenen Informationen zusammenzuführen und zu einem Gesamtbild zu vereinigen, um so zu einem umfassenden Gesamtbild des Zwischenfalls zu kommen.

Der wesentliche Zweck dieser Informationssammlung in diesem Stadium ist es,

- Informationen festzuhalten, um zu gewährleisten, dass diese während der Untersuchung und im Fall einer späteren rechtlichen Auseinandersetzung zur Verfügung stehen.
- eine genaue Beschreibung des Zwischenfalls zu ermöglichen, einschließlich der Abfolge von Ereignissen, die dazu geführt haben.
- die Informationen zu ordnen.
- dem Untersuchungsteam eine anfängliche Orientierung an die Hand zu geben.
- einschlägige Richtlinien und Verfahrensanweisungen zu identifizieren.

Durchführung von Befragungen

Die Befragung stellt das geeignetste Mittel dar, um von Mitarbeitern und anderen Beteiligten Informationen über den Zwischenfall zu erhalten. Das Untersuchungsteam muss festlegen, welche Personen befragt werden sollen, und so bald wie möglich Termine für die Befragungen vereinbaren. Befragungen sind das Herzstück einer effektiven Untersuchung.

Zwar liefern auch schriftliche Unterlagen und andere Quellen eine beträchtliche Menge an Erkenntnissen, doch in der Befragung der Beteiligten liegt der wichtigste Weg zur Ermittlung der fehlerbegünstigenden Faktoren im Hintergrund eines Zwischenfalls. Befragungen sind besonders leistungsfähig, wenn sie diesen Faktoren systematisch auf den Grund gehen und den Mitarbeitern gestatten, effektiv am Untersuchungs- und Analyseprozess mitzuwirken. In dem sich anschließenden Befragungsablauf stellt die Schilderung der Geschehnisse und „Tatsachen“ nur die erste Phase dar. Der Mitarbeiter wird daraufhin angehalten, fehlerhafte Vorgänge und fehlerbegünstigende Faktoren zu benennen, was sowohl die Befragung als auch die gesamte Untersuchung stark bereichert.

Bei Zwischenfällen (Konflikten) mit Bürgern ist es möglich und wünschenswert auch diese hinsichtlich des Sachverhaltes zu befragen. Auch hier sind die teilweise hemmenden rechtlichen Rahmenbedingungen zu berücksichtigen. Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass eine externe Mitarbeit an der Fehler-Analyse nur freiwillig erfolgen kann und ein hohes Maß an Transparenz und Information über den Inhalt und die Abläufe dieses Verfahrens erfordert. Gleichwohl sollen externe Beteiligte über das Ergebnis des Analyse-Prozesses und die daraus resultierenden Maßnahmen informiert werden.

Rahmenbedingungen schaffen

Befragungen sollten unter vier oder sechs Augen und wenn irgend möglich abseits des direkten Arbeitsplatzes in entspannter Atmosphäre stattfinden. Es kann hilfreich sein, zwei Befrager einzusetzen, so dass sich eine Person aufs Zuhören, Mitschreiben und auf Feinheiten konzentrieren kann, die sonst leicht überhört werden könnten. Erkundigen Sie sich, ob der Befragte einen Freund oder Kollegen als Vertrauensperson dabeihaben möchte.

Der Befragungsstil sollte kooperativ und verständnisvoll statt wertend oder konfrontativ sein. Wenn klar wird, dass ein beruflicher Fehler gemacht wurde, sollte man nicht durch Kreuzverhör ein „Geständnis“ erzwingen, sondern versuchen, die Tatsache im Verlauf der Unterhaltung ganz von selbst ans Licht kommen zu lassen. Fehler und Irrtümer polizeilicher Handlungen geschehen selten aus Vorsatz, und die meisten Mitarbeiter sind tief betroffen, wenn sich herausstellt, dass sie zur Entstehung eines Zwischenfalls beigetragen haben. Den Betroffenen sollte durch kooperative Gesprächsführung Gelegenheit gegeben werden, mit der Bewältigung des Geschehenen zu beginnen. Negative Äußerungen und Werturteile sind zu diesem Zeitpunkt ganz und gar nicht hilfreich, da sie nur zu Demoralisierung und Defensivität führen.

Eine Befragung gliedert sich in verschiedene Phasen. Zumeist ist es zielführend, diese der Reihenfolge nach abzuarbeiten.

Feststellung des chronologischen Ablaufs

Ermitteln Sie zunächst die Rolle des Mitarbeiters oder der Mitarbeiterin in dem Zwischenfall insgesamt. Halten Sie die Grenzen seiner Beteiligung fest. Erfragen Sie als nächstes die chronologische Abfolge der Ereignisse, wie sie sich dem Mitarbeiter dargestellt hat, und schreiben Sie diese nieder. Vergleichen Sie diese neuen Informationen mit den bisherigen Erkenntnissen über den Gesamtablauf.

Identifikation der fehlerhaften Vorgänge

Eröffnen Sie die zweite Phase mit einer Erklärung des Konzeptes einer positiven Fehlerkultur und führen Sie möglichst ein Beispiel an. Bitten Sie den Mitarbeiter anschließend, die aus seiner Sicht wichtigsten fehlerhaften Vorgänge zu benennen, ohne sich darum zu kümmern, ob irgendjemand ein Verschulden daran trifft oder nicht. Identifizieren Sie alle maßgeblichen Handlungen und Unterlassungen seitens aller beteiligter Personen und alle anderen Störungen des Handlungsablaufs, die (aus nachträglicher Sicht) wichtige Punkte in der dem unerwünschten Ergebnis vorangegangenen Ereigniskette darstellen. Dies sind die fehlerhaften Vorgänge.

Polizeipraktiker – ob am Zwischenfall beteiligt oder die Untersuchung begleitend – verfügen über implizite Kenntnisse des richtigen Ablaufs einer Maßnahme, wie er im Idealfall aussehen sollte, unter Berücksichtigung einer vertretbaren Variationsbreite in der polizeilichen Praxis. Eventuelle Widersprüche zwischen verschiedenen Schilderungen der Ereignisabfolge sollten festgehalten werden.

Wenn die polizeiliche Praxis durch Leitlinien, Verfahrensanweisungen oder Handlungsanweisungen⁹⁷ spezifiziert wird, lassen sich größere Abweichungen eventuell mit einiger Genauigkeit identifizieren. Im Allgemeinen gibt es hier jedoch einen vertretbaren Grad an Variationsbreite. Suchen Sie nach Punkten in der Ereignissequenz, an denen die Grenzen dieses akzeptablen Bereichs überschritten wurden.

Identifikation von fehlerbegünstigenden Faktoren

Nehmen Sie sich in der dritten Phase die identifizierten fehlerhaften Vorgänge noch einmal einzeln vor. Stellen Sie zu jedem fehlerhaften Vorgang Fragen auf Grundlage des Rahmensystems von Tabelle 1. Nehmen wir beispielsweise an, der oder die Befragte berichtet von einem Bürger anlässlich einer Verkehrskontrolle. Als Interviewer können Sie nun ihrerseits nach der Relevanz von Bürgerfaktoren, der Klarheit der Aufgabe, persönlichen Mitarbeiterfaktoren, Teamfaktoren usw. fragen. Stellen Sie bei Notwendigkeit zielgerichtete Fragen und folgen Sie dabei wiederum dem allgemeinen Rahmensystem. War das Team besonders überlastet oder personell unterbesetzt? War das betreffende Personal ausreichend geschult und erfahren?

Wenn ein Mitarbeiter oder eine Mitarbeiterin einen unzweifelhaft wichtigen fehlerbegünstigenden Faktor benennt, sollten Sie auf jeden Fall näher nachfragen,

z.B.: War dieser Faktor spezifisch für diesen Anlass oder würden Sie ihn eher als generelles Problem bezeichnen?

⁹⁷ Beispielsweise Polizeidienstvorschriften, Leitfäden, Erlasse, Verfügungen.

Tabelle 1

Faktorart	Einflussnehmende Faktoren
Bürgerfaktor	<ul style="list-style-type: none"> • Zustand • Sprache und Kommunikation • Persönlichkeit und soziale Faktoren
Aufgaben- und Verfahrensfaktoren	<ul style="list-style-type: none"> • Aufgaben- und Prozessgestaltung • Verfügbarkeit und Verwendung von Richtlinien und Verfahrensanweisungen • Verfügbarkeit und Genauigkeit von Entscheidungshilfen
Individuelle Faktoren (Mitarbeiter)	<ul style="list-style-type: none"> • Kenntnisse und Fähigkeiten • Kompetenz • Körperliche und psychische Gesundheit
Teamfaktoren	<ul style="list-style-type: none"> • Mündliche Kommunikation • Schriftliche Kommunikation • Supervision und Hilfesuche • Teamstruktur (fest oder ad hock, Führung)
Faktoren des Arbeitsumfeldes	<ul style="list-style-type: none"> • Personalbestand und Qualifikation • Arbeitsbelastung und Arbeitszeiten • Beschaffenheit und Verfügbarkeit von technischer Ausstattung • Unterstützung von Verwaltung und Vorgesetzte • Physische Umgebung
Organisation	<ul style="list-style-type: none"> • Organisationsstruktur • Grundsätze, Standards und Ziele • Sicherheitskultur und Prioritäten
Institutioneller Rahmen	<ul style="list-style-type: none"> • Politische Vorgaben • Schnittstellen mit externen Organisationen

Abschluss der Befragung

Eine vollständige Befragung dürfte je nach dem individuellen Grad der Beteiligung an dem Zwischenfall etwa 20 bis 30 Minuten in Anspruch nehmen. Sie kann aber auch wesentlich länger dauern, wenn die befragte Person aufgewühlt ist und das Bedürfnis hat zu reden, um die eigene Rolle und Verantwortung zu beleuchten und ihren Gefühlen zu dem Geschehenen Ausdruck zu verleihen. Erkundigen Sie sich zum Abschluss, ob der Mitarbeiter noch etwas anmerken oder fragen möchte.

Zu 4. Chronologischen Ablauf des Zwischenfalls ermitteln

Der nächste Untersuchungsschritt besteht darin, eine klare und angemessene detaillierte Chronologie des Zwischenfalls aufzustellen. Befragungen, Aussagen von Beteiligten und eine Durchsicht der Einsatzunterlagen geben Auskunft darüber, was wann passiert ist. Das Untersuchungsteam muss sicherstellen, dass diese Informationen zusammengeführt und jegliche Unstimmigkeiten oder Widersprüche eindeutig identifiziert werden. Bei der Arbeit in einer Gruppe ist es von Nutzen, auf einer Wandtafel eine Darstellung der Chronologie aufzuzeichnen, die anschließend durch fehlerhafte Vorgänge und fehlerbegünstigende Faktoren ergänzt werden kann. Hierzu gibt es methodisch vielfältige Möglichkeiten.

- **Narrative Chronologie** – Befragungen und Einsatzunterlagen liefern eine Geschichte der Ereignisse, anhand derer sich die Ereignisentwicklung, sowie die Rollen der Beteiligten und die Schwierigkeiten, denen sie gegenüberstanden, darstellen lassen. Eine narrative Chronologie ist zwingender Bestandteil jedes abschließenden Berichts über einen Zwischenfall.
- **Zeitschiene** – verfolgt den Zwischenfall und gestattet dem Untersucher, alle Abschnitte des Prozesses aufzufinden, in denen Probleme aufgetaucht sein könnten. Dieser Ansatz ist besonders nützlich, wenn die Chronologie in Teamarbeit erstellt wird.
- **Zeit/Personen-Raster** – gestattet die Verfolgung von Personenbewegungen vor, während und nach dem Zwischenfall. So ist leichter identifizierbar wer wann was getan oder wahrgenommen hat.

- **Flussdiagramm** – zeichnet ein Bild der Bewegungen von Personen, Materialien, Dokumenten oder Informationen innerhalb eines Prozesses. Bei der Bestimmung der Ereignisabfolge kann es von Nutzen sein, separate Flussdiagramme für (a) die Abfolge der Ereignisse, wie sie in Richtlinien und Verfahrensanweisungen dokumentiert sind, und (b) die während des Zwischenfalls aufgetretene Ereignisabfolge zu erstellen.

Zu 5. Fehlerhafte Vorgänge identifizieren

Nachdem die Ereignisabfolge, die zu dem Zwischenfall geführt hat, ermittelt wurde, sollte sich das Team der Identifikation von fehlerhaften Vorgängen zuwenden. Einige werden sich bereits aus Befragungen und Unterlagen ergeben haben, bedürfen aber möglicherweise noch einer weiteren Erörterung. Oft erweist es sich als hilfreich, ein Treffen aller an dem Zwischenfall Beteiligten zu organisieren, um die fehlerhaften Vorgänge von diesen aufspüren zu lassen. Die in einen Zwischenfall verwickelten Personen sind häufig am besten in der Lage zu beurteilen, was schiefgelaufen ist und warum, und können bei der Entwicklung von Verbesserungsstrategien behilflich sein. Die Sichtweisen und Meinungen aller Teilnehmer müssen in einem unterstützenden Setting eruiert werden. Die Geschicklichkeit des Gruppenmoderators bei der Auswahl und Anwendung der geeigneten Methoden ist für den Erfolg solcher Meetings von ausschlaggebender Bedeutung. Aus diesem Grund ist bei der Person des Leiters eine grundlegende Methodenkompetenz obligatorisch.

Stellen Sie sicher, dass es sich bei allen fehlerhaften Vorgängen um spezifische Handlungen oder Unterlassungen von Mitarbeitern und nicht um allgemeiner gehaltene Beobachtungen zur Behandlungsqualität handelt. Es ist nicht schwer, „schlechtes Teamwork“ als einen fehlerhaften Vorgang festzuhalten, was aus Sicht des Teams eine zutreffende Beschreibung sein mag, aber in Wahrheit einen fehlerbegünstigenden Faktor darstellt, der zu einem fehlerhaften Vorgang geführt hat. Obwohl fehlerhafte Vorgänge und fehlerbegünstigende Faktoren in der Praxis miteinander verwoben sein können, ist es am besten, Letztere hintanzustellen, bis das Team sicher sein kann, über eine vollständige Liste zu verfügen. Um die fehlerhaften Vorgänge aufzuspü-

ren, können Einzeluntersucher und Teams auf verschiedene Techniken wie Brainstorming, Brainwriting oder die Fehlermöglichkeits- und Einflussanalyse zurückgreifen.

Zu 6. Fehlerbegünstigende Faktoren identifizieren

Der nächste Schritt besteht darin, die mit den einzelnen fehlerhaften Vorgängen assoziierten Bedingungen zu spezifizieren, wobei das Schweizer-Käse-Modell von Reason⁹⁸ als Leitfaden und als ein Weg dienen kann, sich über die zahlreichen den polizeilichen Handlungsablauf beeinflussenden Faktoren klar zu werden. Wenn sehr viele fehlerhafte Vorgänge identifiziert wurden, hat es sich bewährt, ein paar wenige auszuwählen, denen die größte Bedeutung beigemessen wird. Beachten Sie, dass die fehlerhaften Vorgänge einzeln nacheinander analysiert werden sollten, da jeder mit einer eigenen Gruppe von fehlerbegünstigenden Faktoren in Zusammenhang steht.

Jeder fehlerhafte Vorgang kann mit mehreren, auf verschiedenen Ebenen des Rahmensystems angesiedelten Faktoren assoziiert sein (z.B. Motivationsprobleme – persönliche Faktoren; Mangel an Supervision – Teamfaktoren; unzureichende Mitarbeiterschulung – Organisations- und Managementfaktoren). Für die Aufzeichnung der mit einem spezifischen fehlerhaften Vorgang verbundenen fehlerbegünstigenden Faktoren stehen verschiedene Methoden zur Verfügung. Eine chronologische Darstellung mit den Zeitpunkten des Auftretens der identifizierten fehlerhaften Vorgänge und dem zeitlichen Auftreten fehlerbegünstigender Rahmenbedingungen bietet die Möglichkeit, die grundlegende Chronologie des Zwischenfalls als Sequenz aufzuzeichnen.

Zu 7. Empfehlungen ableiten und Maßnahmenplan entwickeln

Sobald die fehlerhaften Vorgänge und die dazugehörigen fehlerbegünstigenden Faktoren identifiziert worden sind, ist die Analyse des Zwischenfalls abgeschlossen. Der nächste Schritt besteht darin, eine Reihe von Empfehlungen/Verbesserungsstrategien zu erarbeiten, um die aufgedeckten Schwachstellen im System zu beheben.

Der Maßnahmenplan sollte folgende Informationen enthalten:

⁹⁸ Vergl. Kapitel 2.1.

- Priorisierung der fehlerbegünstigenden Faktoren entsprechend ihrer Bedeutung für die Sicherheit der zukünftigen Einsatzbewältigung.
- Liste der Maßnahmen, welche das Untersuchungsteam festgelegt hat, um diese Faktoren auszuschalten.
- Benennung von Verantwortlichen für die Umsetzung dieser Maßnahmen.
- Benennung eines Zeitrahmens für die Umsetzung.
- Identifikation der benötigten Ressourcen.
- Nachweis für den Abschluss der Umsetzung der Maßnahmen.
- Festlegung eines Zeitpunkts für die Evaluation der Wirksamkeit des Maßnahmenplans.

Viele Untersucher konzentrieren sich auf sehr komplexe, ressourcenintensive Lösungen oder Empfehlungen, die außerhalb ihres Aufgabenbereichs oder ihrer Kontrolle liegen. Um die Akzeptanz und Umsetzung von Empfehlungen zu verbessern, sollten diese entsprechend der Kontrolle, der sie unterstehen, kategorisiert werden (Einzelperson/Gruppe, lokale Strukturen (Team), Führungsebene oder Gesamtorganisation), und die Vertreter der jeweiligen Führungsebenen sollten mit der Umsetzung von Empfehlungen beauftragt werden, die für ihren eigenen Bereich relevant sind. Dies gewährleistet Eigentümerschaft und eine angemessene Umsetzung von Empfehlungen und fördert darüber hinaus eine positive Fehlerkultur, indem den Menschen vor Augen geführt wird, wie aus dem Untersuchungsprozess eines Zwischenfalls positive Handlungen hervorgehen.

Abschließend ist zu prüfen ob und inwieweit die erlangten Erkenntnisse anderen (zumindest innerhalb der Polizei) zur Verfügung gestellt, also offen kommuniziert werden, um das Auftreten gleichartiger Zwischenfälle in anderen Bereichen zu vermeiden.

6 Ist-Stand der Polizeilichen Fehlerkultur

Eine Vielzahl von (Führungs-)Instrumenten lassen sich einer polizeilichen Fehlerkultur zuordnen und suggerieren das Vorhandensein einer etablierten strukturellen polizeilichen Fehlerkultur. Neben den in einigen Bundesländern vorhandenen Unabhängigen Beschwerdestellen (wobei deren Unabhängigkeit regelmäßig im gesellschaftlichen Diskurs in Frage gestellt wird⁹⁹) gilt das Straf- und Disziplinarrecht als das wesentliche und wirkungsvollste Instrument der polizeilichen Fehlerkultur.

Im Diskurs über die Erforderlichkeit unabhängiger Beschwerdestellen stehen sich zwei Lager gegenüber. Insbesondere von staatlicher Seite wird argumentiert, dass es Institutionen wie Unabhängige Beschwerdestellen nicht bedürfe, da die in der Bundesrepublik Deutschland verankerte Gewaltenteilung, insbesondere die Trennung von Executive und Judikative, eine unabhängige justizielle Aufarbeitung von Sachverhalten polizeilicher Gewaltausübung gewährleiste. Von den Befürwortern unabhängiger Beschwerdestellen wird dagegen diese Unabhängigkeit angezweifelt. Es werden daher „Institutionen gefordert, die solche Vorfälle (in der Regel sind damit Fälle von Polizeigewalt gemeint) unabhängig untersuchen und damit von vornherein der Eindruck verhindert wird, dass die Polizei solches Fehlverhalten vertuscht oder gar duldet.“¹⁰⁰

Andere Instrumente, die ebenfalls einer Reduzierung individueller, organisatorischer oder auch struktureller Fehler dienen, führen in der Regel ein Nischendasein und werden daher im Diskurs weniger beachtet. Das ist beispielsweise die psychosoziale Unterstützung von Polizeibediensteten oder das Instrument der Einsatznachbereitung, wie sie in der Polizeidienstvorschrift 100 explizit gefordert wird. Im Folgenden werden die vorgenannten Instrumente einer polizeilichen Fehlerkultur dargestellt und analysiert. Ergänzt wird diese Analyse um das Phänomen „Whistleblower“, also Personen, die Fehler und Missstände, die sie innerhalb der Organisation „Polizei“ wahrnehmen, außerhalb der Polizei kommunizieren. Auch wenn Whistleblower in der Organisation nicht als Instrument der Fehlerkultur wahrgenommen werden, lässt die (vermutete) Intension der Whistleblower durchaus deutlich de-

⁹⁹ Siehe Kapitel 6.1.

¹⁰⁰ Feltes, 2006, S. 545.

ren Eignung im Kontext einer polizeilichen Fehlerkultur erkennen und rechtfertigen deren genauere Betrachtung.

6.1 Unabhängige Beschwerdestellen/Polizeibeauftragte

Unabhängige Beschwerdestellen, werden schon seit vielen Jahren in der öffentlichen Diskussion, insbesondere aber im Zusammenhang mit dem Thema „Polizeigewalt“, immer wieder gefordert, aber auch kontrovers diskutiert. Ein wesentlicher Faktor dabei liegt auch in dem Anlass der das Thema wieder in den Fokus rücken lässt. „Wenn das Thema nahezu reflexartig immer nur nach tatsächlichen oder vermeintlichen Fällen Polizeiskandalen auf die öffentliche Agenda gesetzt wird, erhält es den vorrangigen Anstrich als Untersuchungs-, Sanktions- oder Disziplinierungselement.“¹⁰¹

Die Humanistische-Union hat ihre Forderung nach Einführung zivilgesellschaftlicher Kontrolle der Polizei sogar mit einem Gesetzesvorschlag für die Einrichtung eines Polizeibeauftragten im Zuständigkeitsbereich der Bundesregierung, also für die Bundespolizei und das Bundeskriminalamt, untermauert.¹⁰² Dabei werden einem Polizeibeauftragten umfangreiche Befugnisse zugedacht.

In den Bundesländern haben sich in den letzten Jahren verschiedene Formen unabhängiger Beschwerdestellen entwickelt.

Im Sommer 2014 wurde in Rheinland-Pfalz das Amt des seit 1974 existierenden Bürgerbeauftragten des Landtags um die Funktion eines unabhängigen und weisungsfreien Polizeibeauftragten erweitert.

Dem Vorbild von Rheinland-Pfalz folgend, beschlossen auch die Landtage von Baden-Württemberg und Schleswig-Holstein im Februar beziehungsweise Juni 2016 die Einrichtung von Landespolizeibeauftragten. In beiden Fällen sind die Landespolizeibeauftragten in Personalunion auch Bürgerbeauftragte der Landtage. In Baden-Württemberg wurde das Amt gänzlich neu geschaffen; im Dezember 2016 wählte der Landtag einen ehemaligen Polizeipräsidenten ins Amt, der im Februar 2017 seine Arbeit aufnahm. In Schleswig-Holstein übernimmt die seit 1994 existierende Bürgerbeauftragte für soziale Angelegenheiten die neue Aufgabe. Sie ist zugleich auch Antidiskriminie-

¹⁰¹ Behrendes & Stenner, 2008, S 82.

¹⁰² Humanistische-Union, 2008.

rungsstelle und Ombudsperson für die Kinder- und Jugendhilfe des Landes.¹⁰³

Exemplarisch soll im Folgenden anhand dreier verschiedener Formen einer Beschwerdestelle die unterschiedlichen Verfahrensweisen der Implementierung unabhängiger Bürgerbeteiligung dargestellt werden.

6.1.1 Die Hamburger Polizeikommission

Nachdem Amnesty International 1994¹⁰⁴ auf Übergriffe und Fälle von unverhältnismäßiger Gewaltanwendung im Polizeigewahrsam der Polizeiwache 16 aufmerksam gemacht hatte, reagierte die Hamburger Bürgerschaft mit der Einrichtung eines parlamentarischen Untersuchungsausschusses (PUA). Im 1200 Seiten starken Abschlussbericht des Ausschusses wurde festgestellt, dass die Probleme bei der Hamburger Polizei keine Einzelfälle wären und empfahl die Einrichtung einer Polizeikommission. Im April 1998 wurde die Hamburger Polizeikommission per Gesetz¹⁰⁵ eingerichtet. Die Polizeikommission war organisatorisch bei der Innenbehörde angesiedelt und war an Weisungen nicht gebunden. Die Mitglieder waren die Rechtsanwältinnen Ingrid Soehring und Ralf Heine sowie der Hamburger Soziologe und Kriminologe Fritz Sack.

Sowohl Bürger, als auch Polizisten hatten die Möglichkeit sich direkt an die Kommission zu wenden, Polizeiangehörige waren dabei davon befreit, sich an den Dienstweg halten zu müssen.¹⁰⁶ Die Kommission hatte das Recht auf Auskunft und Akteneinsicht¹⁰⁷, sowie das Recht jederzeitig, unangemeldet Zutritt zu allen Diensträumen der Polizei zu erhalten. Jährlich hatte die Kommission über ihre Arbeit dem Senat der Hamburgischen Bürgerschaft einen Bericht vorzulegen.¹⁰⁸ Der wesentliche Auftrag an die Polizeikommission war, strukturelle Probleme innerhalb des Polizeiapparates, die zu unrechtmäßigem oder fehlerhaftem Verhalten führten, beziehungsweise führen können, zu erkennen und zu helfen den Zustand zu verbessern.

¹⁰³ Töpfer & Peter, 2017.

¹⁰⁴ Amnesty International, 1994.

¹⁰⁵ Gesetz über die Polizeikommission vom 16. Juni 1998 (GPK).

¹⁰⁶ §6 GPK.

¹⁰⁷ §4 GPK.

¹⁰⁸ §5 GPK.

Schon nach dem ersten Jahr ihrer Arbeit war die Kommission massiver Kritik ausgesetzt.¹⁰⁹ Zum einen wurden die Kosten von damals 380.000 DM kritisiert und zum anderen die Tatsache, dass die Kommission nach außen hin noch nicht in Erscheinung getreten sei, sowie dass der im Gesetz geforderte Bericht der Kommission noch nicht vorliege. Sowohl die Gewerkschaft der Polizei, als auch die Deutsche Polizeigewerkschaft bezeichneten die Polizeikommission als überflüssig und kontraproduktiv.¹¹⁰ Im folgenden Jahr teilte auch die CDU die Einschätzung der Gewerkschaften und benannte kein neues Mitglied der Kommission für die anstehende neue Legislaturperiode.¹¹¹

Auch aus Reihen der Polizei wurde die Arbeit der Kommission kritisiert. So kritisiert Greiner die Arbeit der Kommission, in dem er anführt, dass bei den 61 Fällen, die im ersten Bericht der Kommission angeführt wurden, nicht ein einziger Fall dabei ist, der „die allgemeine Feststellung rechtfertigen würde, bei der Hamburger Polizei wären „interne Fehlentwicklungen“ mit daraus folgenden „Gefährdungen der Einhaltung rechtstaatlichen Verhaltens“ festzustellen gewesen.“¹¹² Weiter führt Greiner aus, „bei der Mehrzahl der Fälle ging es darum, dass polizeiliche Maßnahmen im Rahmen der Strafverfolgungszuständigkeit beanstandet worden sind. Dies zu entscheiden ist jedoch Sache der Justizbehörden, und um eine solche Entscheidung herbeizuführen, steht einem Betroffenen das Recht des Rechtsmittels der (strafprozessualen) Sachaufsichtsbeschwerde zu. Davon ist offensichtlich in keinem Falle Gebrauch gemacht worden. Das heißt in anderen Worten: Die Polizeikommission nimmt sich Sachverhalten an, die zu entscheiden, außerhalb ihrer Kompetenz steht.“¹¹³

Am Ende wurde die Hamburger Polizeikommission, zum einen aufgrund der vorgennannten Kritik, zum anderen aber vor allem wegen eines Regierungswechsels in Hamburg, 2001 wieder aufgelöst. Das Kommissionsmitglied Fritz Sack führt die Auflösung auf den Föderalismus in der Bundesrepublik Deutschland zurück: „Indessen stellt – anders als in vergleichbaren Ländern – die überwiegend föderale Kompetenzstruktur der Bundesrepublik in Sachen

¹⁰⁹ Siehe Zand-Vakili, 1999.

¹¹⁰ Ebd.

¹¹¹ Zand-Vakili, Hamburger Polizeikommission vor dem Aus, 2000.

¹¹² Greiner, 2000, S. 102.

¹¹³ Ebd.

der Sicherheitspolitik bezüglich der Etablierung externer Polizeikontrolle eine nur schwer zu überwindende Hürde dar.“¹¹⁴ Noch deutlicher greift Sack dabei die Rolle der Gewerkschaften bei der Auflösung der Hamburger Polizeikommission an. „Nimmt man noch den ans Bösartige grenzenden und vor Verunglimpfungen nicht zurückschreckenden Widerstand der Polizeigewerkschaften hinzu, lässt sich zwar der Verzicht der Hamburger Grünen, auf deren Drängen vor allem die vormalige Polizeikommission im Jahre 1998 eingerichtet wurde, nachvollziehen, sachlich und politisch indessen kaum rechtfertigen und begründen.“¹¹⁵ Auch wenn es seit der Auflösung der Hamburger Polizeikommission immer wieder thematisiert wurde, sie erneut einzurichten, ist es dazu bis heute, unabhängig von der Konstellation der Regierungsmehrheit in Hamburg, nicht gekommen.

Die retrograde Bewertung der Arbeit der Hamburger Polizeikommission zeigt die große Bandbreite der Perspektiven. Während Befürworter der Kommission diese als „ein Juwel der Rechtsentwicklung in Deutschland“¹¹⁶ bezeichneten, kommen Gegner zu einer gegenteiligen Bewertung. Ulrich bezeichnete die Kommission als ein „demokratisches Feigenblatt, ohne Ermittlungskompetenz, ohne Befugnisse – eine Wahlgeschenk der SPD an die Grünen und damit überflüssig“.¹¹⁷

6.1.2 Beschwerdestelle für Bürgerinnen und Bürger und Polizei beim Niedersächsischen Ministerium für Inneres und Sport

Die Beschwerdestelle für Bürgerinnen und Bürger beim Niedersächsischen Ministerium für Inneres und Sport ist eine seit 1. Juli 2014 eingerichtete unabhängige Stabsstelle, die direkt dem Staatssekretär des niedersächsischen Innenministeriums unterstellt ist. Aufgabe ist das Ideen- und Beschwerdemanagement im Innenministerium und seiner nachgeordneten Behörden.

Der Beschwerdestelle obliegt das Beschwerde- und Ideenmanagement. Dazu werden die eingehenden Hinweise nach festgelegten Parametern erfasst. Um die Fälle im Einzelnen aufzuklären, fordert die Beschwerdestelle Stellungnahmen der Beschäftigten, der Vorgesetzten und der Dienststellen ein, – hat aber keine eigenen Ermittlungsbefugnisse. Nach der Auswertung werden

¹¹⁴ Sack, 2010, S. 36.

¹¹⁵ Aao.

¹¹⁶ Brusten, 2003, s. 275.

¹¹⁷ Ulrich, 2003, S. 128.

die Beschwerden umfassend beantwortet. Die Antworten werden zur Information auch an die jeweiligen Behörden geschickt, die wiederum die betroffenen Beschäftigten informieren.

Die Beschwerdestelle hat gegenüber den Beschäftigten oder Dienststellen keine Weisungsbefugnisse, insbesondere keine dienstrechtlichen Eingriffsmöglichkeiten. Wenn aufgrund einer Beschwerde disziplinar- oder strafrechtliche Ermittlungen eingeleitet werden, so ist die Beschwerdestelle an die Ergebnisse dieser Verfahren gebunden.¹¹⁸

Die in Niedersachsen gewählte Form des Beschwerdemanagements soll auch eine Form eines übergreifenden Qualitätsmanagements sein, da jeder eingehende Hinweis - neben der Einzelfallprüfung - anonymisiert erfasst und ausgewertet wird. Durch eine Information betroffener Bereiche sollen diese so Stärken und Entwicklungsfelder erkennen und bearbeiten können. Auswertungen werden regelmäßig auf der Homepage des Innenministeriums veröffentlicht.¹¹⁹

Auch wenn die Beschwerdestelle nominell eine Beschwerdestelle für alle Bereiche ist, zeigen die veröffentlichten Auswertungen, dass der größte Anteil der Beschwerden und Anregungen polizeiliche Sachverhalte betreffen. (2016: 59 Prozent, 2015: 61 Prozent und 2014: 66 Prozent)¹²⁰ Bereinigt um Sachverhalte, die nicht in den Zuständigkeitsbereich der Beschwerdestelle im Niedersächsischen Innenministerium angesiedelt sind, aber dennoch dort eingegeben wurden, ist der Anteil polizeilicher Sachverhalte noch größer. Aus diesem Grund ist die Beschwerdestelle hinsichtlich des Schwerpunktes ihrer Tätigkeit als eine Polizei-Beschwerdestelle zu betrachten. Regelmäßig, in der Regel im Zusammenhang mit der Veröffentlichung der Jahresstatistik kritisieren Polizeigewerkschaften und Oppositions-Parteien die Beschwerdestelle und fordern deren Abschaffung. Als Argumente werden zum einen ein fehlender Bedarf, der mit der geringen Zahl der Beschwerden begründet wird, und zum anderen führe die Arbeit der Beschwerdestelle zu einer Vorverurteilung der Polizeiangehörigen und Rücke deren Arbeit in ein schlechtes Licht.¹²¹

¹¹⁸ Nds. Ministerium für Inneres und Sport, 2017.

¹¹⁹ Vgl. a.a.O.

¹²⁰ Nds. Ministerium für Inneres und Sport, 2017, Jahresberichte 2016, 2015 und 2014.

¹²¹ Vgl. GdP Niedersachsen, 2017.

Auch von den politischen Parteien finden sich regelmäßig Bewertung der Institution einer Beschwerdestelle. Es scheint fast schon traditionell verankert, dass bei Grünen und Linken, sowie bei der SPD eher eine unabhängige Beschwerdestelle befürwortet, beziehungsweise gefordert wird. Seitens der CDU und auch der FDP wird diese eher abgelehnt. In den Stellungnahmen zu diesem Thema finden sich interessante Formulierungen, wobei deren Sprache schon entlarvend ist. In einer Pressemitteilung im Dezember 2014 schreibt die Niedersächsische CDU-Landtagsfraktion „Die von der rot-grünen Landesregierung eingeführte Beschwerdestelle gegen Polizisten muss umgehend abgeschafft werden.“¹²² Die Formulierung „Beschwerdestelle gegen¹²³ Polizisten“ zeigt deutlich eine abweichende Perspektive in der Deutung der Zielsetzung einer solchen Beschwerdestelle. Auch in Niedersachsen kritisieren sowohl die Gewerkschaft der Polizei, als auch die Deutsche Polizeigewerkschaft die Arbeit der Beschwerdestelle und fordern ihre Auflösung. In einer Pressenotiz zur Veröffentlichung der Jahresstatistik 2015 schreibt die GdP: „Die Zahlen weichen nur minimal zu der bereits im November 2015 gezogenen Jahresbilanz ab, zeigen aber ganz deutlich, dass es keine Tendenzveränderung gibt, die eine Beschwerdestelle über die Arbeit der Polizei rechtfertigt. [...] Eine externe Anlaufstelle für Beschwerden ist dafür nicht erforderlich.“¹²⁴ Die Deutsche Polizeigewerkschaft kommentiert die Koalitionsvereinbarungen zwischen SPD und CDU in Niedersachsen wie folgt: „Eine der Kernforderung der DPoIG in den vergangenen Jahren war die sofortige Abschaffung der Beschwerdestelle im Innenministerium. Diesen Schritt geht die Regierungskoalition nun mit und schafft eine neue Instanz, die voraussichtlich aber die diskriminierende Einstellung zum Nachteil der Polizei deutlich abschwächt.“¹²⁵

Die Beschwerdestelle für Bürgerinnen und Bürger beim Niedersächsischen Ministerium für Inneres und Sport befindet sich aktuell vor dem Aus. Laut Koalitionsvertrag soll die Beschwerdestelle im Innenministerium in ein „Qualitätsmanagement für die gesamte Landesverwaltung“¹²⁶ überführt werden.

¹²² CDU Landtagsfraktion Niedersachsen, 2014

¹²³ Unterstreichung durch den Verfasser.

¹²⁴ Gewerkschaft der Polizei, 2016.

¹²⁵ Deutsche Polizeigewerkschaft, 2017.

¹²⁶ NDR, 2017.

6.1.3 Beauftragter für die Landespolizei Rheinland-Pfalz

Der Bürgerbeauftragte des Landes Rheinland-Pfalz soll das „partnerschaftliche Verhältnis zwischen Bürger und Polizei“ stärken¹²⁷. Hierfür soll er die Bürger im Dialog mit der Polizei unterstützen und Beschwerden bearbeiten, die „ein persönliches Fehlverhalten einzelner Polizeibeamter oder die Rechtswidrigkeit einer polizeilichen Maßnahme“ behaupten.

Er ist Ansprechpartner für Bürgerbeschwerden oder Anregungen zur Polizei des Landes. Ebenso können Polizeibeamte sich mit Eingaben im Zusammenhang mit der Ausübung ihrer Tätigkeit direkt und ohne Einhaltung des Dienstwegs an ihn wenden.¹²⁸ 2014 war die Funktion des Bürgerbeauftragten des Landes Rheinland-Pfalz um die Funktion eines Beauftragten für die Landespolizei erweitert worden. Vorausgegangen war eine breit angelegte Diskussion, in der die üblichen Akteure (Gewerkschaften und Parteien) ihre Positionen ausgetauscht haben, ohne zu einem einvernehmlichen Ergebnis zu kommen, eine Anhörung des Innenausschusses und schließlich die entsprechende Gesetzgebung. Seine Rolle sieht der Bürgerbeauftragte gegenüber der Polizei ähnlich der Funktion des Wehrbeauftragten der Bundeswehr, wenn es darum geht Arbeitsbedingungen und Härten innerhalb der Polizei abzuwehren. Bei Konflikten zwischen Bürgern und Polizei ähnelt seine Rolle eher der eines Mediators, der zum Ausgleich zwischen den Parteien beiträgt.¹²⁹

6.2 Straf- und Disziplinarrecht

In seiner Analyse des in Deutschland praktizierten Disziplinarrechts kommt Feltes¹³⁰ zu dem Ergebnis, dass dieses Verfahren nur wenige Lösungsansätze bietet, wenn das erklärte Ziel ein positiver Umgang mit Fehlern (in diesem Kontext: individuelles Fehlverhalten) ist. Derzeit biete das Disziplinarrecht nur wenige Chancen, Fehlverhalten einzudämmen und zu reduzieren. „Fehler dürfen nicht vorkommen.“¹³¹ Wesentliche Ursachen dafür seien das Fehlen von positiven Signalen durch Ermittlungs- und Disziplinarverfahren an

¹²⁷ § 16 Abs. 1 Landesgesetz über den Bürgerbeauftragten des Landes Rheinland-Pfalz und den Beauftragten für die Landespolizei.

¹²⁸ Burgard, 2017.

¹²⁹ Vgl. Deutsche Hochschule der Polizei, 2016

¹³⁰ Feltes, 2012, S. 290.

¹³¹ Ebd.

die Öffentlichkeit. So sei das Ergebnis der größten Zahl dieser Verfahren eine Einstellung, was den Eindruck erweckt, dass bei Fehlverhalten von Polizeibeamten im Gegensatz zu anderen Bürgern mit zweierlei Maß gemessen werde. Singelstein belegt diese „Erfolglosigkeit“ mit einer mehr als 95-Prozentigen Einstellungsquote von Strafverfahren gegen Polizeibeamte.¹³² Hinzu kommt, dass das Verhältnis zwischen einer zivilen Kontrollinstanz, wie beispielsweise den genannten Unabhängigen Beschwerdestellen¹³³ und dem Disziplinar- und Strafrecht kompliziert und hemmend ist. So führt in einigen Bundesländern das Erkennen disziplinarrechtlich oder strafrechtlich relevanten Aspekten dazu, dass diese Vorgänge an den Disziplinarvorgesetzten, die zuständige Polizeibehörde oder in Ausnahmefällen auch an die zuständige Staatsanwaltschaft abgegeben werden und seitens der Beschwerdestelle nicht weiter aufbereitet werden können. Das führt dazu, dass gerade herausragende Sachverhalte, mit größerer öffentlicher Wirkung, aus der Kontrollzuständigkeit der unabhängigen Beschwerdestelle herausgenommen wird und in der Öffentlichkeit der Eindruck erweckt wird, die Polizei (und auch die Justiz) wollen etwas verschleiern oder vertuschen.

Die beste Situation für eine Polizei, ihre Mitarbeiter und die Gemeinschaft besteht darin, ein Umfeld zu schaffen, in dem der formale Disziplinarprozess zur Behandlung von Fehlern und Fehlverhalten von Mitarbeitern sowohl die letzte als auch die am wenigsten genutzte Option ist. Um diese Umwelt zu schaffen, muss die Leitung der Abteilung einige wichtige Elemente genau beachten, die eine zentrale Rolle in einer effektiv verwalteten Organisation spielen.¹³⁴

Feltes schlägt ein „Alternatives Disziplinarverfahren“¹³⁵ als Lösung vor. Demnach soll dem Zweck des Disziplinarverfahrens eine andere Richtung gegeben werden. „Weg von der Bestrafung und hin zu dem Versuch einer positiven Verhaltensänderung.“¹³⁶ Wie ein alternatives Disziplinarverfahren in der Praxis aussehen könnte zeigt ein Blick auf Nordamerika. Stephens beschreibt in seiner Studie „Police Discipin: A Case for Change“¹³⁷ eine Matrix der Polizei in Vancouver, Washington. Diese Matrix unterscheidet sieben

¹³² Vgl. Singelstein, 2010, S. 31.

¹³³ Vgl. Kapitel 6.1.

¹³⁴ Stephens, 2011.

¹³⁵ Feltes, 2012, S. 311.

¹³⁶ Ebd.

¹³⁷ Stephens, 2011, S. 5.

Stufen der Schwere eines Vergehens und differenziert weiter in der Anzahl der Vergehen und bietet dabei jeweils Sanktionsmöglichkeiten in einer Bandbreite von einer minimalen Sanktionierung bis zu einer maximalen Sanktionierung. Insgesamt bietet die Matrix eine Vielzahl von Sanktionsmaßnahmen von keiner Reaktion, über Memos zu Personalakte, schriftliche Ermahnungen, Suspendierung vom Dienst für ein bis fünfzehn Tage, bis hin zu Kündigung als schwerste Sanktion. Eine derartige Matrix hat den Vorteil großer Transparenz, sowohl intern, als auch extern. Einzige Schwachstelle scheint die Einordnung eines Verhaltens in eine Schwerestufe. Allerdings ergibt sich hier Klarheit und Transparenz durch Referenzsachverhalte, die Anhaltspunkte für die Einordnung ergeben.

6.3 Psychosoziale Unterstützung

Herausragende Einsatzsituationen können für die Einsatzkräfte belastend werden. Insbesondere dann, wenn eine Einsatzsituation nicht wie geplant abgelaufen ist, Menschen zu Schaden gekommen sind oder irgendetwas schiefgelaufen ist. Aus einer Perspektive der Fehlerkultur würde man vom Vorliegen eines Fehlers ausgehen.

Aufgrund der psychischen Belastung des Ereignisses wollten die Vorgesetzten den betroffenen Beamten psychosoziale Unterstützung zur Bewältigung des Ereignisses zur Verfügung stellen. In allen Länderpolizeien und auch beim Bundeskriminalamt und der Bundespolizei gibt es derartige institutionell verankerte Stellen, denen Psychosoziale Unterstützung für die Polizei als Aufgabe übertragen wurde. Für die Polizei in Niedersachsen gibt es zum einen den Sozialwissenschaftlichen Dienst, der bei der Zentralen Polizeidirektion angesiedelt ist und zum anderen in den Polizeidirektionen Regionale Beratungsstellen, in denen Polizeibeamte und Polizeibesetzte, die besonders geschult sind, als Ansprechpartner zur Verfügung stehen.¹³⁸ Der Dienstherr hatte bereits bei der Einrichtung dieser Regionalen Beratungsstellen berücksichtigt, dass ein Strafverfolgungszwang der in den Beratungsstellen arbeitenden Polizeivollzugsbeamten für deren Aufgabenerledigung schädlich sei. Daher wurden die Mitarbeiter der Regionalen Beratungsstellen per Erlass vom Strafverfolgungszwang befreit. Die dahinterstehende Idee

¹³⁸ Erlass MI vom 02.12.1999, „Organisation der Polizei des Landes Niedersachsen; Zentraler Sozialwissenschaftlicher Dienst (SWD) und Regionale Beratungsstellen (RBS).“

war, dass sich Polizeibedienstete im Gespräch mit den Mitarbeitern der Regionalen Beratungsstellen öffnen können, dabei eigenes Fehlverhalten schildern können, ohne Gefahr zu laufen, sich straf- oder disziplinarrechtlich relevant selbst zu belasten und somit einer Straf- oder Disziplinarverfolgung ausgesetzt zu werden. Im Sinne einer positiven Fehlerkultur war diese Verfahrensweise auf den ersten Blick zielführend. Beachtenswert dabei ist, dass diesen von Strafverfolgungszwang befreiten Mitarbeiter der Regionalen Beratungsstellen kein Zeugnisverweigerungsrecht, wie es beispielsweise bestimmten Berufsgruppen gem. § 53 StPO zusteht, nicht zugesprochen wurde. Über diese Tatsache wird seitens der Mitarbeiter der Regionalen Beratungsstellen zwingend vor Beginn einer Beratung explizit hingewiesen. Das Fehlen dieses Zeugnisverweigerungsrechts führt dazu, dass Mitarbeiter der Regionalen Beratungsstellen in einem Ermittlungsverfahren, insbesondere, wenn dies gegen den Beratung suchenden Polizeimitarbeiter geführt wird, von Polizei, Staatsanwaltschaft und Gericht auch über die Inhalte des Beratungsgesprächs befragt und zeugenschaftlich vernommen werden können. In der dem Beratungsgespräch zwingend vorausgehenden Belehrung wird den Ratsuchenden in Fällen, in denen ein straf- oder disziplinarrechtlicher Verstoß Inhalt sein kann, frühzeitig auf Beratungsstellen hingewiesen oder diese vermittelt, die außerhalb der Institution Polizei angesiedelt, Gesprächspartner anbieten, die explizit ein Zeugnisverweigerungsrecht gem. § 53 StPO besitzen. Unter dem Aspekt einer polizeispezifischen Fachlichkeit, und daraus resultierend einer positiven Fehlerkultur, wäre es erstrebenswert, dieses Zeugnisverweigerungsrecht auch den Mitarbeitern der Regionalen Beratungsstellen, oder zumindest einigen davon, ebenfalls zuzugestehen. Problematisch in dieser offensichtlich pragmatischen Lösung ist allerdings, dass dadurch nach Außen, also in der Öffentlichkeit, sich der Eindruck entwickeln könne, dass innerhalb der Institution Polizei Fehler oder Fehlverhalten lediglich intern, ohne eine Kontrolle von außen bearbeitet werden könne.

6.4 Einsatznachbereitung

Gemäß PDV 100 ist eine Einsatznachbereitung¹³⁹ zwingend erforderlich. „Durch die Aufnahme der Einsatznachbereitung in die PDV 100 wird auch im

¹³⁹ PDV 100, Anlage 20.

polizeitaktischen Bereich deren hohe Bedeutung verdeutlicht. Im Hinblick auf die Einsatzlehre ist Einsatznachbereitung als systematisches Überprüfen und Auswerten eines polizeilichen Einsatzes zu verstehen.¹⁴⁰ Auch im Leitfaden 371 „Eigensicherung im Polizeidienst“ wird gefordert, dass eine Einsatznachbereitung auch im täglichen Dienst unerlässlich sei.¹⁴¹ Auch wenn die Intensität einer Einsatznachbereitung variere und vom jeweiligen Einsatzanlass und Einsatzverlauf abhängig sei, solle jeder einzelne Beamte eine ehrliche und konstruktive Rückschau halten.¹⁴² Auch wenn sich weder in der PDV 100, im LF 371, noch in den Kommentierungen dabei explizit die Begriffe „Fehler“ oder „Fehlerkultur“ finden, ist es dennoch Konsens aller Kommentatoren, dass die durch eine Einsatznachbereitung zu erreichenden Ziele, wie beispielsweise der Erarbeitung von Lösungsmöglichkeiten für erkannte Schwachstellen, oder dem einfließen lassen gewonnener Erkenntnisse in Aus- und Fortbildung, nahezu deckungsgleich mit den Zielen einer positiven Fehlerkultur sind. Ob eine institutionalisierte Einsatznachbereitung wirklich in dem Maße stattfindet, wie es in der PDV 100 und im Leitfaden 371 gefordert sind, ist fraglich. Eine informelle Einsatznachbereitung ist im Rahmen einer Polizisten-Kultur (Cop-Culture) in Form eines „Feierabend-Biers“ noch teilweise vorhanden. „Teilweise“ deshalb, weil in vielen Bereichen der Konsum von Alkohol in Dienststellen kategorisch verboten wurde und dadurch die „Institution“ Feierabend-Bier verschwunden ist. Warum sich stattdessen keine Ersatz-Institution wie ein „Feierabend-Tee“ oder eine „Feierabend-Cola“ etabliert hat, wäre eine interessante Fragestellung, die hier aber nicht vertieft werden soll.

6.5 Whistleblower

Whistleblower¹⁴³ unter der Überschrift „Ist-Stand Polizeilicher Fehlerkultur“ aufzuführen mag im ersten Moment verwundern. Zum einen unterscheidet sich ein Whistleblower allein schon dadurch von den anderen Mechanismen und Techniken, dass er nicht institutionalisiert und zum anderen eher selten zu finden ist. In der öffentlichen Wahrnehmung taucht der Begriff „Whist-

¹⁴⁰ Schmidt & Neutzler, 2010, S. 43.

¹⁴¹ LF 371, Ziff. 2.3.

¹⁴² Vgl. Schmidt & Neutzler, 2010, S. 43.

¹⁴³ Von englisch to blow the whistle (on) „auffliegen lassen“, „stoppen“, „verpfeifen“, von urspr. „in die Pfeife blasen“.

leblower“ in einem polizeilichen Kontext erstmals im Zusammenhang mit dem Polizeieinsatz „Stuttgart 21“ im September 2010 auf. So wurde der Mannheimer Sprecher der Gewerkschaft der Polizei, Thomas Mohr, der sich kritisch zur polizeilichen Taktik und der daraus resultierenden Eskalation äußerte, in einigen Presstexten als „Whistleblower“ bezeichnet.

Der Begriff des Whistleblowers ist in der Regel negativ konnotiert, aber als „jemand der Fehler anspricht“ sollte er doch eigentlich positiv(er) besetzt sein. Wenn es in der Organisation nicht oder nur schwer möglich ist, erkannte Fehler zu kommunizieren, dann bleibt einem Mitglied der Organisation kaum ein anderer Weg, Veränderungen (also eine fehlerfreie Alternative) herbeizuführen, als diese Fehler außerhalb der Organisation zu kommunizieren. In der Regel geschieht dies, aufgrund von (berechtigten) Ängsten vor persönlichen Nachteilen, anonym. Wesentliche dadurch resultierende Nachteile für die Organisation liegen zum einen darin, dass sich bei von einem Whistleblower kommunizierten (Organisations-)Fehlern eine Abwehrhaltung etabliert, die einen positiven Umgang mit dem Fehler weitgehend ausschließt. Zum anderen steht der Whistleblower nicht als kompetenter Ansprechpartner für eine Kommunikation über den Fehler oder das Fehlverhalten zur Verfügung. Dabei ist genau dieser Whistleblower in der Regel ein Experte für diesen von ihm aufgezeigten Fehler. Seine Expertise könnte helfen, den Fehler zu beseitigen oder zu minimieren. Auch liegt ein Hemmnis für die Organisation darin, derart kommunizierte Fehler selber weiter zu kommunizieren, um eine Wiederholung des Fehlers zukünftig zu vermeiden.

Interessanterweise erhalten Whistleblower in der Gesellschaft ein hohes Ansehen, während sie innerhalb der Organisation negativ bewertet werden. Sie werden, soweit rechtlich möglich, juristisch verfolgt und ihre Handlung geahndet. Daraus resultiert ein Spannungsverhältnis zwischen der gesellschaftlichen Legitimation und der fehlenden Legalität ihres Handelns.

Wenn Behr in einem Interview mit der Süddeutschen Zeitung¹⁴⁴ den Begriff „Whistleblower“ verwendet, um damit eine anonyme Anzeige polizeilichen Fehlverhaltens zu bezeichnen, ist dies zwar semantisch korrekt, allerdings unglücklich gewählt. Der Begriff „Whistleblower“ ist innerhalb der Polizeiorganisation negativ konnotiert. Die Verwendung dieses Begriffes führt re-

¹⁴⁴ Fischhaber, 2015.

flexartig zu Abwehrreaktionen. Es wäre zielführender, von einem „anonymen Fehlermeldesystem“ zu sprechen.

6.6 Kennzeichnungspflicht

Im Kontext eines Diskurses über eine Fehlerkultur in der Polizei, beziehungsweise über eine Fehlerkultur für die Polizei ist das aktuell sehr kontrovers diskutierte Thema „Kennzeichnungspflicht“ zwingend zu thematisieren. Schließlich ist die Intension der Befürworter einer derartigen Kennzeichnungspflicht, fehlerhaft handelnde Polizeibeamte zu identifizieren und mit diesen deren fehlerhaftes Handeln zu analysieren, zu bewerten und (fehlerfreie) Handlungsalternativen aufzuzeigen. Dieses funktioniert nur dann, wenn die kritisierte Handlung einem bestimmten Beamten oder einer bestimmten Gruppe von Beamten zuzuordnen/zuzuschreiben ist. Der Aspekt der Fehlerkultur wird allerdings im Kontext einer Kennzeichnungspflicht nicht verwendet. Vielmehr finden sich Begrifflichkeiten, die – wie bereits in dieser Arbeit nachgewiesen – tendenziell einer positiven Fehlerkultur eher abträglich sind. Braun beschreibt den Sinn und Zweck einer Kennzeichnungspflicht unter Verwendung der Begriffe „Sanktion“ und „Strafverfahren“: „Durch Kennzeichnungspflichten sollen die im Rechtsstaatsprinzip verankerte Kontrollierbarkeit staatlicher Macht, die durch Polizeibeamte in Ausübung des staatlichen Gewaltmonopols mit weitreichenden grundrechtsverkürzenden Befugnissen zur Geltung gebracht wird, effektuiert und die Transparenz staatlichen Handelns gestärkt werden. Mittelbar wird dadurch auch die Garantie effektiven Rechtsschutzes angesprochen. Die Feststellung der Identität eines Amtswalters bildet den notwendigen Ausgangspunkt strafrechtlicher Ermittlungen. Insoweit ermöglicht die Identifizierbarkeit eine gerichtliche Sanktionierung rechtswidrigen polizeilichen Handelns und ist auch als Maßnahme der Verminderung von Polizeigewalt zu sehen.“¹⁴⁵

Diese Perspektive zeigt deutlich, dass die Idee einer positiven Fehlerkultur in diesem Kontext noch nicht angekommen ist. Daher ist es wenig verwunderlich, dass die Idee einer Kennzeichnungspflicht in vielen Bereichen, insbesondere aber von den Polizeigewerkschaften als Angriff wahrgenommen wird und daher mit großer Vehemenz bekämpft wird. So bezieht die Gewerk-

¹⁴⁵ Braun, 2017, S. 172.

schaft der Polizei schon 2011 in einem Positionspapier des Bundesvorstands eine klare Position gegen eine Kennzeichnungspflicht. „Die GdP lehnt die Forderung nach einer Identifizierbarkeit von Polizeikräften (Kennzeichnungspflicht) im Einsatz nach wie vor ab.“¹⁴⁶ Im Wesentlichen argumentiert die GdP mit dem Recht auf informationelle Selbstbestimmung und befürchtet dass durch die Kennzeichnung Einsatzkräfte auch in ihrer Freizeit mit ihrer dienstlichen Tätigkeit konfrontiert werden. Darüber hinaus sieht der GdP-Bundesvorstand die Gefahr einer Demotivation der Einsatzkräfte, insbesondere der geschlossenen Einheiten. Als letztes Argument zweifelt die GdP an der Erforderlichkeit, da alle relevanten Einsätze unter anderem mit Foto- und Videotechnik dokumentiert würden und so die Akteure identifizierbar seien. Von Seiten des Bundesvorstandes der Deutschen Polizeigewerkschaft (DPoIG) findet sich keine Stellungnahme. Allerdings haben sich alle Landesverbände positioniert und der DPoIG-Bundesvorsitzende äußert sich regelmäßig in den Medien zu diesem Thema. Exemplarisch dazu die Äußerung des DPoIG-Bundesvorsitzenden Rainer Wendt im Deutschlandfunk: „Wir halten sie schlechtweg für überflüssig. Als Deutsche Polizeigewerkschaft sagen wir, dass dieses Lieblingsprojekt von grünen und linken Politikern eher ein ziemlich gestörtes Verhältnis zur Polizei offenbart als wirkliche Notwendigkeit. Hier wird eine ganze Berufsgruppe unter den Generalverdacht gestellt, potentielle Straftäter zu sein, die man für den Fall der Fälle, uns zwar sämtlich, kennzeichnen muss. Das ist erstens überflüssig und zweitens eine politische Stigmatisierung der gesamten Polizei. Das lassen wir uns nicht gefallen.“¹⁴⁷ Die dritte Berufsvertretung, der Bund Deutscher Kriminalbeamter (BDK), der sich traditionell eher als Vertreter der Angehörigen der Kriminalpolizei sieht, hat sich im Gegensatz zu den anderen beiden Gewerkschaften nicht eindeutig zum Thema „Kennzeichnungspflicht“ positioniert.

7 Fazit: Eine neue polizeiliche Fehlerkultur

Zunächst die Antwort auf die in der Einleitung aufgeworfene Sekundär-Frage, warum sich die Luftfahrt hinsichtlich einer Fehlerkultur im Vergleich

¹⁴⁶ Gewerkschaft der Polizei (GdP), 2011.

¹⁴⁷ Schröder & Leue, 2017.

mit anderen Organisationen, also auch der Polizei, offensichtlich viel weiterentwickelt hat: Der Druck auf die handelnden Akteure in der Luftfahrt, also dem fliegenden Personal auf der einen Seite, und den Luftfahrtgesellschaften, als gewinnorientiert handelnde Akteure auf der anderen Seite, ist immens groß. Für fliegendes Personal, insbesondere für Piloten, haben Fehler Konsequenzen. In nicht wenigen Fällen kann ein Fehler in letzter Konsequenz den Absturz des Flugzeuges bedeuten und somit eine hohe Wahrscheinlichkeit das Leben zu verlieren. Eine Fehlerreduzierung bedeutet daher immer, eine Reduzierung des Risikos zu sterben. Eine größere Motivation ist kaum vorstellbar. Auch für die Luftfahrtunternehmen bedeuten Fehler ein höheres Risiko eines Absturzes, im Extremfall im Jargon der Luftfahrt ein „Totalverlust“. Ein derartiger Totalverlust bedeutet für ein Unternehmen auf der einen Seite einen direkten wirtschaftlichen Schaden durch den Verlust des Flugzeuges, sowie zu begleichende Schadenersatz und Schmerzensgeldforderungen. Diese Kosten sind weitgehend durch Versicherungen abgedeckt. Viel schwerer wiegt aus einer wirtschaftlichen Perspektive der dann entstandene Imageschaden. Ein Vertrauensverlust der Kunden, also der Fluggäste, bedeutet für ein betroffenes Unternehmen einen immens großen wirtschaftlichen Verlust. Gleiches gilt im Übrigen auch für die Hersteller der Luftfahrzeuge. Ein auf ein technisches Problem zurückzuführender Totalverlust bedeutet für den Hersteller einen ebenso bedeutenden Imageschaden, der sich unmittelbar auf die Verkaufszahlen auswirkt. Daher hat sich auch im Bereich der Fertigung und Wartung von Luftfahrzeugen eine Fehlerkultur entwickelt, die als sehr fortgeschritten bezeichnet werden kann. Im Vergleich zu diesen gravierenden Motivationsfaktoren ist es verständlich, dass in der Organisation Polizei eine Fehlerkultur noch nicht derart ausgereift ist, wie in der Luftfahrt. Fehler haben auch in der Polizei Konsequenzen, nur sind sie in der Regel nicht derart dramatisch. Bei einer genaueren Betrachtung stellt man allerdings fest, dass es auch innerhalb der Polizei ein heterogenes Bild der Fehlerkultur gibt. In Organisationseinheiten, die mit einer höheren Wahrscheinlichkeit gravierenden Gefahren ausgesetzt sind, also in erster Linie Spezialkräfte, wie das Spezial Einsatzkommando (SEK), finden sich deutlich mehr Instrumente, die der Fehlervermeidung dienen. Dort wird mehr trainiert und simuliert als in anderen Organisationsformen. Training und Simulation

dienen in erster Linie dazu, Fehler zu reduzieren, sind also Elemente einer Fehlerkultur.

Wie bereits in der Einleitung beschrieben, ist das Thema „Fehlerkultur in der Polizei“ weder neu, noch wenig erforscht. Sowohl in polizeiwissenschaftlicher Fachliteratur, als auch in der Literatur zur Führungslehre finden sich zahlreiche Analysen des Ist-Standes oder Lösungsmöglichkeiten, die Fehlerkultur der Polizei zu verbessern. Konsens ist darin, dass es hinsichtlich einer Fehlerkultur reichlich Optimierungsbedarf gibt. Bei einer kritischen Betrachtung der aktuellen Fehlerkultur fällt allerdings auf, dass seit Beginn einer Diskussion über polizeiliche Fehlerkultur nur sehr wenige Veränderungen innerhalb der polizeilichen Organisationskultur zu registrieren sind, die auf einen neuen, positiveren Umgang mit Fehlern hindeuten. Anders formuliert: Das Etablieren einer neuen, positiven Fehlerkultur ist ein Veränderungsprozess, bei dem es am Prozessschritt „Umsetzung“ mangelt.

Eine Analyse dieses Mangels wäre aktuell ein wichtiges Forschungsvorhaben, das innerhalb der Polizeiforschung dringend zu bearbeiten ist. Ein Lichtblick bei diesem Thema ist, dass an der Deutschen Hochschule der Polizei das Thema Fehlerkultur im Fokus ist. Bei der anstehenden Arbeitstagung „Fehlerkultur in der Polizei“ lautet der Arbeitstitel eines Workshops „Perspektiven: Organisationskulturelle Routinen erkennen, um einen konstruktiven Umgang mit ‚Fehlern‘ zu entwickeln“¹⁴⁸. Dennoch bedarf es noch zahlreicher weiterer Aktivitäten, um das Ziel, eine positive Fehlerkultur innerhalb der Organisationskultur der Polizei zu besitzen. Vielleicht wäre es zielführend, zunächst einmal eine Vision zu entwickeln, in der eine positive polizeiliche Fehlerkultur beschrieben wird.

Um eine polizeiliche Fehlerkultur zu erneuern bedarf es einer Vielzahl von Einzelmaßnahmen. So ist es zwingend erforderlich, eine Sensibilität für das Thema in allen Bereichen der Polizeiorganisation, in allen Stufen einer Führungshierarchie, vom Anwärter bis hin zu politischen Verantwortlichen, zu entwickeln. Das Thema Fehlerkultur muss Einzug in die Ausbildung halten, beziehungsweise dort, wo es bereits vorhanden ist, ausgebaut, gestärkt und intensiviert werden. Fehlerkultur muss sich in den vorhandenen Leitbildern

¹⁴⁸ Deutsche Hochschule der Polizei, 2017; Arbeitstagung „Fehlerkultur in der Polizei II“ vom 05. Bis 06. März 2018.

wiederfinden. Ein Formulierungsbeispiel dafür wäre **„Wir leben eine positive Fehlerkultur. Wir betrachten Fehler als Chance für Verbesserungen.“** Natürlich reicht eine reine Nennung des Themas nicht aus. Es muss aktiv mit verschiedenen sich bedingenden und ergänzenden Instrumenten gelebt werden. Im Zuge des Diskurses um eine Reform der Polizeilichen Führung (KFS 2.0) ist auch das Thema einer Polizeilichen Fehlerkultur intensiv zu behandeln.

Menschliche Schwächen und Unzulänglichkeiten, aber auch ihre Stärken und Potentiale (Human-Factors) sind aufgrund ihrer enormen Bedeutung im Kontext von Fehlern, Fehlerursachen und Fehlerarten noch intensiver als bisher zu erforschen und speziell unter einer polizeiwissenschaftlichen Perspektive zu untersuchen. Daraus resultierende Forschungsergebnisse müssen sehr schnell in die polizeiliche Praxis einfließen. Das betrifft alle Bereiche der polizeilichen Alltagsarbeit. In der Ausbildung müssen sich Erkenntnisse einer Human-Factors-Analyse wiederfinden. Bei der retrograden Analyse polizeilichen Agierens, vom einfachen Einschreiten einer Streifenwagenbesatzung bis hin zu polizeilichen Großlagen wie dem G20-Gipfel, ist ein besonderes Augenmerk auf Human-Factors zu legen. Die in einer derartigen Analyse identifizierten Schwachstellen sind offen zu kommunizieren, um diese Erkenntnisse für die zukünftige Bewältigung vergleichbarer Lagen zur Verfügung zu haben. Eine offene Kommunikation dient darüber hinaus auch dem Zweck, der Gesellschaft zu zeigen, dass sich die Polizei intensiv mit ihren eigenen Fehlern im Sinne einer positiven Fehlerkultur auseinandersetzt. So kann es gelingen eingeschränkte oder verlorene Legitimität polizeilichen Handelns zurückzugewinnen.

Zur Analyse vorhandener Schwachstellen und daraus resultierender Fehler muss ein strukturiertes Fehlermeldesystem in der Polizei etabliert werden. Die vorhandenen Beschwerdestellen, Ombudsmänner, Polizeibeauftragte oder andere vergleichbare Institutionen können und sollen in dieses System eingebunden werden. Dennoch muss es auch unabhängig davon innerhalb der Institution Polizei möglich sein, erkannte Fehler, beziehungsweise „Zwischenfälle“ auch anonym zu melden. Dabei müssen Verantwortungsträger lernen, mit anonym gemeldeten Fehlern und Zwischenfällen konstruktiv zu arbeiten. Das scheint innerhalb einer Polizeikultur eine hohe Hürde zu sein.

Diese zu überwinden muss aktiv angegangen werden. Etablierte andere Umgangsweisen mit Fehlern müssen verlassen werden. Bestrafung darf nur noch in Fällen vorsätzlicher Regelabweichungen als Instrument einer Fehlerkultur verstanden werden. Im Rahmen einer strukturierten Fehleranalyse müssen Meldewege für erkannte Fehler etabliert werden, die auch die Möglichkeit einer anonymen Fehlermeldung beinhalten.¹⁴⁹ Bereits vorhandene Organisationseinheiten, wie beispielsweise solche, die eine psychosoziale Betreuung für Polizeiangehörige anbieten, müssen ebenfalls in den Rahmen einer ganzheitlichen Fehlerkultur integriert werden. Ideal wäre es, den Angehörigen psychosozialer Hilfe anbietenden Organisationseinheiten neben einer Befreiung vom Strafverfolgungszwang auch eine berufliche Schweigepflicht, analog der Schweigepflicht gem. § 53 StPO, zuzugestehen. Nur so ist es möglich, dass sich Polizeiangehörige, die beispielsweise im Rahmen einer Selbstreflexion erkannt haben, dass ihr Verhalten falsch (im Sinne eines fehlerbehafteten Verhaltens) waren, und daher eine disziplinar- oder strafrechtlichen Verfolgung ausgesetzt sehen, sich zu öffnen und anzuvertrauen. Nur so ist eine Verhaltensänderung im Sinne einer in die Zukunft gerichteten Fehlervermeidung zu gewährleisten.

Im Abschlussbericht des NSU-Untersuchungsausschusses findet sich eine klar formulierte Definition einer neuen polizeilichen Fehlerkultur: „Notwendig ist eine neue Arbeitskultur, die anerkennt, dass z. B. selbstkritisches Denken kein Zeichen von Schwäche ist, sondern dass nur derjenige bessere Arbeitsergebnisse erbringt, der aus Fehlern lernt und lernen will. Zentral ist dabei die Diskurs- und Kritikfähigkeit, d. h. es muss eine „Fehlerkultur“ in den Dienststellen entwickelt werden. Reflexion der eigenen Arbeit und Umgang mit Fehlern sollte daher Gegenstand der polizeilichen Aus- und Fortbildung werden. Mithilfe des Einsatzes von Supervision als Reflexions- und Beratungsinstrument für Polizeibeamten sollen die Erfolge der individuellen Bildungsmaßnahmen geprüft und nachhaltig gesichert werden. Rotation sollte als Führungsinstrument eingesetzt werden, um der Tendenz entgegenzuwirken, dass sich Dienststellen abschotten.“¹⁵⁰ Diese Forderung beinhaltet alle wesentlichen Faktoren, die für eine Erneuerung der polizeilichen Fehlerkultur erforderlich sind. Stärkung selbstkritischen Denkens, Reflexion, insbesonde-

¹⁴⁹ Vgl. Jasch, 2017, S. 112.

¹⁵⁰ Bundetags-Drucksache 17/14600, S. 681.

re beim Umgang mit Fehlern, und dieses in bereits in die polizeiliche Ausbildung einfließen zu lassen, sind die Basis einer Reform der polizeilichen Fehlerkultur. Hinzu kommt noch der Bedarf an Geduld und Gelassenheit, da eine derartig grundlegende Kulturveränderung nicht von einem Tag auf den anderen zu realisieren ist. Sie muss langsam wachsen, um gut zu werden. Die Implementierung einer neuen Fehlerkultur per Erlass, als top-down-Entscheidung würde zu Widerständen führen, die einer positiven Weiterentwicklung kontraproduktiv entgegenstünden. Die Idee einer neuen, positiven polizeilichen Fehlerkultur muss daher „von unten“, wachsen.

Im Zuge der Einführung von Instrumenten einer positiven Fehlerkultur sind diese hinsichtlich ihrer Wirkung zu evaluieren. Im Rahmen derartiger Evaluationen ist es durchaus möglich, dass sich bestimmte Instrumente als geeigneter als andere, möglicherweise sogar Instrumente als ungeeignet für eine polizeiliche Fehlerkultur erweisen. Dann ist es notwendig dahingehend das Gesamtkonzept einer positiven Fehlerkultur zu korrigieren und anzupassen.

Darüber hinaus sind auch die Elemente einer alten, antiquierten Fehlerkultur, die ihre Wirksamkeit nicht (mehr) im Rahmen einer Evaluation belegen, zu beseitigen. So bedarf es beispielsweise einer grundlegenden Reform des Disziplinarrechts, das vor den Erkenntnissen über eine positive Fehlerkultur antiquiert erscheint. „Das Beamten- und Disziplinarrecht trägt nichts zur Reflexion bei, sondern sanktioniert nicht Erwünschtes und den Ruf des öffentlichen Dienstes schädigendes Verhalten“¹⁵¹, stellt Behr treffend fest.

Die in dieser Arbeit dargestellten Instrumente einer Fehlerkultur, die sich sowohl in der Luftfahrt, als auch in der Medizin etabliert haben, und ihre Wirkung nachweisen können, sind für die Zwecke einer polizeilichen Fehlerkultur zu adaptieren. Für die Identifikation von Fehlern, beziehungsweise Zwischenfällen ist ein anonymes Meldesystem zu schaffen, das sich in seiner Funktionalität an einem CIRS¹⁵² orientieren sollte. Ein ganz entscheidendes Kriterium liegt in der Auswahl der Person, beziehungsweise der Organisationseinheit, die sich dann im Zuge einer Analyse und Auswertung, mit dem Fehler oder Zwischenfall befasst. Die Möglichkeiten dafür sind vielfältig. Denkbar wäre eine fallbezogene Expertenkommission, wie im dargestellten

¹⁵¹ Behr, 2016, S. 114.

¹⁵² Vgl. Kapitel GGG.

London-Protocol¹⁵³ beschrieben, die Beauftragung unabhängiger Beschwerdestellen¹⁵⁴, denen dahingehende Zuständigkeiten zugeschrieben werden müssen oder gänzlich neue Ideen. Jede dieser Varianten bietet Vor- und Nachteile, die gegeneinander abgewogen werden müssen. Eventuell ist auch eine Kombination derartiger Organisationseinheiten denk- und umsetzbar. Entscheidend dabei ist die Frage, ob die gewählte Form der Organisation rechtlich, organisatorisch und fachlich die ihr übertragene Aufgabe zu lösen vermag und dabei auch den Ansprüchen der Bevölkerung an eine transparente Fehlerkultur genügt.

Wie bereits dargelegt kann und muss zivilgesellschaftliche Kontrolle der Polizei ein wesentliches Element polizeilicher Fehlerkultur sein. Dabei ist aber zu berücksichtigen, dass der Begriff der „Kontrolle“ nicht allein in dem Sinne zu verstehen ist, Fehler und Missstände aufzuzeigen. Der Kontrollbegriff ist weiter zu fassen, sodass auch Positives bemerkt und kommuniziert wird. Das Ergebnis muss dann zwingend Lob sein. „Kontrolle ist in ihrer idealtypischen Form zunächst wertfrei, rein funktional. Das Ergebnis von Kontrolle kann daher einerseits Lob und damit einhergehend ein anschließender Zugewinn an Vertrauen sein, andererseits Reklamationen oder einem Tadel und somit zu einem Vertrauensverlust führen. Letztendlich ist die Nicht-Kontrolle immer auch eine Nicht-Achtung der Redlichen!“¹⁵⁵

„Fehler“ müssen als normal angesehen werden. Menschen machen Fehler. Jeder Mensch macht Fehler. Fehler sind nicht negativ. Fehler sind etwas Positives. Aus Fehlern kann man lernen. Dadurch werden zukünftig Fehler vermieden.

Akteure in einer Organisation müssen Fehler offen kommunizieren. Es muss institutionalisierte Verfahren geben, in denen Fehler kommuniziert und analysiert werden, damit die Informationen über einen Fehler möglichst vielen anderen Akteuren zur Verfügung stehen und somit von diesen nicht erneut gemacht werden (müssen).

¹⁵³ Vgl. Kapitel 5.3

¹⁵⁴ Vgl. Kapitel KKK.

¹⁵⁵ Behrendes & Stenner, 2008, S. 83.

8 Literaturverzeichnis

- Amnesty International. (1994). *Mißhandlungen im Hamburger Polizeigewahrsam*. Abgerufen am 7. Februar 2018 von Amnesty International:
<https://www.amnesty.org/download/Documents/184000/eur230011994de.pdf>
- Aviation Safety Network. (2017). *Aviation Safety Network*. Abgerufen am 19. Dezember 2017 von <http://aviation-safety.net>
- Beer, P. (27. Juni 2013). *Austrian Cockpit Association*. Abgerufen am 23. Januar 2018 von JUST CULTURE - Fairness und Gerechtigkeit im Dienst der Flugsicherheit: <https://www.aca.or.at/node/161>
- Behr, R. (2006). *Polizeikultur - Routinen - Rituale - Reflexionen. Bausteine zu einer Theorie der Praxis der Polizei*. Wiesbaden: VS Verlag.
- Behr, R. (2009). Warum Polizisten oft schweigen, auch wenn sie reden sollten. In T. Feltes, J. Reichertz, & J. Reichertz (Hrsg.), *Neue Wege, neue Ziele. Polizieren und Polizeiwissenschaft im Diskurs* (Bd. 1, S. 25 ff.). Frankfurt am Main.
- Behr, R. (11. 2010). Korpsgeist oder Binnenkohäsion? Ein Essay zur Organisationskultur in der deutschen Polizei. *Die Polizei*, S. 317-322.
- Behr, R. (27. Juni 2013). *Polizei.Kultur.Gewalt. Polizeiarbeit in der „offenen Gesellschaft“*. Abgerufen am 2. Februar 2018 von Akademie der Polizei Hamburg: <http://akademie-der-polizei.hamburg.de/contentblob/6554232/04e17cb3917d70523636e8fd106da6ee/data/polizei-kultur-gewalt-studienbrief-zur-polizeiforschung-2016.pdf>
- Behrendes, U., & Stenner, M. (2008). Bürger kontrollieren die Polizei. In P. Leßmann-Faust, & P. Leßmann-Faust (Hrsg.), *Polizei und politische Bildung*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Brühwieler, B., Müller, H., & Strametz, R. (2016). Systematische Analyse kritischer Ereignisse – Das London Protokoll. In A. Schinnerl, M. Baubin, & A. Neumayr, *Risikomanagement in der prähospitalen Notfallmedizin*. Berlin: Springer.
- Brandl, P. (2010). *Crashkommunikation*. Offenbach: Gabal Verlag.
- Braun, F. (2017). Kennzeichnungspflicht für Polizeibeamte. *Die Polizei*, S. 172-176.
- Brusten, M. (2003). Vom Ausland lernen - Mehr "demokratische kontrollen der Polizei" - auch in Deutschland? In M. Herrenkind, S. Scheerer, M. Herrenkind, & S. Scheerer (Hrsg.), *Hamburger Studien zur Kriminologie und Kriminalpolitik -Die Polizei als Organisation mit Gewaltlizenz* (Bd. 31, S. 261 ff). Münster: Lit Verlag.
- Burgard, D. (2017). *Der Bürgerbeauftragte*. Abgerufen am 27. Januar 2018 von <http://www.derbuengerbeauftragte.rlp.de/>
- CDU Landtagsfraktion Niedersachsen. (11. Dezember 2014). *CDU Landtagsfraktion Niedersachsen*. Abgerufen am 3. Januar 2018 von Pressemitteilung: <http://www.cdu-fraktion-niedersachsen.de/presse/thuemler-rot-gruene-beschwerdestelle-sowie-geplante-kennzeichnungspflicht-sind-angesichts-zunehmender-gewalt-gegen-polizisten-voellig-falsche-signale/>
- Chott, P. (April 2009). *Ansätze zur Förderung einer 'Fehlerkultur' - Lernförderung in der Schule durch Fehlerpro-phylaxe und*

- Fehlermanagement*. Abgerufen am 13. Januar 2018 von Die Schulleitung:
https://www.schulentwicklung.nrw.de/unterstuetzungsportal/rr_datei_download.php?dateiid=793&usg=AOvVaw3sU3cLsLYOqJ9j2yjPDXhS
- Dörner, D. (1989). *Die Logik des Mißlingens. Strategisches Denken in komplexen Situationen*. Reinbeck: rororo sience.
- Dekker, S. (2017). *Just Culture - Restoring Trust and Accountability in Your Organization* (3. Ausg.). New York: CRC Press.
- Deutsche Hochschule der Polizei. (16. September 2016). *Tagungsbericht "Fehlerkultur der Polizei"*. Abgerufen am 3. Dezember 2017 von <http://blog.dhpol.de/2016/09/16/tagung-zur-fehlerkultur-der-polizei/>
- Deutsche Hochschule der Polizei. (2017). *Deutsche Hochschule der Polizei*. Abgerufen am 2. Februar 2018 von Arbeitstagung Fehlerkultur in der Polizei II:
http://www.dhpol.de/de/medien/downloads/hochschule/02/Flyer_Fehlerkultur_17_01_18.pdf
- Deutsche Polizeigewerkschaft. (25. November 2017). *DPoIG - Niedersachsen*. Abgerufen am 31. Januar 2018 von Positionen - Regierungsbildung:
https://www.dpolg.org/index.php?id=25&id=25&tx_news_pi1%5Baction%5D=detail&tx_news_pi1%5Bcontroller%5D=News&tx_news_pi1%5Bnews%5D=52&cHash=a424c0d47988a52f7dc5750ed7e429ed&L=0
- Ebner, G., Heimerl, P., & Schüttelkopf, E. (2008). *Lernen. Fehler. Unternehmen*. Frankfurt am Main: Peter Lang Verlag.
- Feltes, T. (2006). Legitime und illegitime Gewaltanwendung. In W. Heitmeyer, M. Schröttle, W. Heitmeyer, & M. Schröttle (Hrsg.), *Gwalt - Beschreibung, Analysen, Prävention* (Bd. 563, S. 539-556). Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung.
- Feltes, T. (2012). Polizeiliches Fehlverhalten und Disziplinarverfahren - ein ungeliebtes Thema - Überlegungen zu einem alternativen Ansatz. *Die Polizei*, S. 285-292.
- Feltes, T., & Jordan, L. (2017). Schnelles und langsames Denken im Polizeiberuf. In J. Stierle, D. Wehe, & H. Siller (Hrsg.), *Handbuch Polizeimanagement* (Bd. 1, S. 255-276). Wiesbaden: Springer Gabler.
- Feltes, T., Klukkert, A., & Ohlemacher, T. (August 2007). »... dann habe ich ihm auch schon eine geschmiert.« Autoritätserhalt und Eskalationsangst als Ursachen polizeilicher Gewaltausübung. *Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform*, S. S. 285-303.
- Fischhaber, A. (19. Mai 2015). *"Bei der Polizei gelten Whistleblower als Kameradenschweine"*. Abgerufen am 2. Februar 2018 von Süddeutsche Zeitung:
<http://www.sueddeutsche.de/panorama/polizeikultur-in-deutschland-bei-der-polizei-gelten-whistleblower-als-kameradenschweine-1.2485586>
- GdP Niedersachsen. (30. Juni 2017). *Gewerkschaft der Polizei Niedersachsen*. Abgerufen am 1. Februar 2018 von Keine Rechtfertigung für Beschwerdestelle:
<https://www.gdp.de/gdp/gdp.nsf/id/43C6A60372452C07C12581870049604F?open&ccm=300050100>

- General Flugsicherheit in der Bundeswehr. (Juli 2011). Der Fliegerarzt warnt: Ihre Lebensweise kann Sie in Gefahr bringen! (L. -G. Bundeswehr, Hrsg.) *Flugsicherheit*.
- Gewerkschaft der Polizei (GdP). (Mai 2011). *Gewerkschaft der Polizei*. Abgerufen am 2. Januar 2018 von Ein klares Nein zur Kennzeichnungspflicht:
[https://www.gdp.de/gdp/gdpnds.nsf/5a419d474f3279b3c1256c09002f3b2a/3e2b29781ef2faf2c1257a400041b08d/\\$FILE/2011-05-17_GdP-BV_Position_Kennzeichnungspflicht.pdf](https://www.gdp.de/gdp/gdpnds.nsf/5a419d474f3279b3c1256c09002f3b2a/3e2b29781ef2faf2c1257a400041b08d/$FILE/2011-05-17_GdP-BV_Position_Kennzeichnungspflicht.pdf)
- Gewerkschaft der Polizei. (26. April 2016). *GdP Niedersachsen: Beschwerdestelle bleibt überflüssig*. Abgerufen am 31. Januar 2018 von https://www.gdp.de/gdp/gdp.nsf/id/de_gdp-niedersachsen-beschwerdestelle-bleibt-ueberfluessig-
- Greiner, A. (2000). Benötigt die Polizei besondere Kontrolleure? *Die Polizei, Köln*, S. 97-102.
- Haller, U., & Fink, D. (2006). Von der Schuldfrage zur Fehlerkultur in der Medizin. In D. Berg, & K. Ulsenheimer, *Patientensicherheit, Arzthaftung, Praxis- und Krankenhausorganisation*. Berlin: Springer.
- Hartl, J. (22. 05 2015). *publikative.org*. Abgerufen am 26. 06 2017 von [publikative.org: https://publikative.org/2015/05/22/die-fehlende-polizeiliche-fehlerkultur/](https://publikative.org/2015/05/22/die-fehlende-polizeiliche-fehlerkultur/)
- Heimann, R. (2009). Führungskultur in hierarchischen Strukturen am Beispiel polizeilicher Einsatzlagen. In S. Strohschneider, R. Heimann, & R. Heimann (Hrsg.), *Kultur und sicheres Handeln* (S. 51-62). Frankfurt am Main: Verlag für Polizeiwissenschaft.
- Helmreich, R. L., & Merritt, A. C. (1998). *Culture at Work in Aviation and Medicine*. New York: Routledge.
- Hohenstein, C. (2012). *CIRS - Critical Incident Reporting System - Risikomanagement in der präklinischen Notfallmedizin*. Abgerufen am 21. Januar 2018 von <http://www.cirs-notfallmedizin.de>
- Houston, S. (16. Juli 2017). *I'M SAFE Checklist*. Abgerufen am 19. Dezember 2017 von <https://www.thebalance.com/the-i-m-safe-checklist-282948>
- Humanistische-Union. (2008). *Humanistische-Union*. Abgerufen am 17. Januar 2018 von https://www.humanistische-union.de/wiki/_media/hu/projekte/gepolizeibeauftragter_20080921.pdf
- Inworks GmbH. (2017). *Inworks Healthcare*. Abgerufen am 21. Januar 2018 von <https://health-care.inworks.de/loesungen/cirs>
- Jasch, M. (2017). Fehlerkultur und Polizei. In B. Frevel, H.-J. Asmus, R. Behr, H. Groß, P. Schmidt, & P. Schmidt (Hrsg.), *Facetten der Polizei- und Kriminalitätsforschung - Festschrift für Karlhans Liebl* (Bd. 22, S. 99-116). Frankfurt am Main: Verlag für Polizeiwissenschaften.
- Käfer, M. (Oktober 1999). *Hans-Böckler-Stiftung*. Abgerufen am 22. Januar 2018 von Arbeitspapier Nr. 10 - Das Arbeitsschutzsystem bei DuPont de Nemours: https://www.boeckler.de/pdf/p_arbp_010.pdf
- Keil, P. (5. Oktober 2016). *Maximaler Schub für Ihren Erfolg Die Strategien der Profi-Piloten: wie Sie die eigenen Potentiale besser nutzen und Stress vermeiden*. Abgerufen am 1. Februar 2018 von <http://philipkeil.com/lernende-organisation-maximaler-schub-fuer-ihren-erfolg-05-10-2016/>

- Keller, R. (1980). Zum Begriff des Fehlers im Muttersprachlichen Unterricht. In D. Cherubin, *Fehlerlinguistik - Beitrag zum Problem d. sprachlichen Abweichung* (S. 23-42). Tübingen: Max Niemeyer Verlag.
- Knüppel, J. (Oktober 2002). *Menschliches Leistungsvermögen beim Fliegen*. Abgerufen am 2. Februar 2018 von DAeC Arbeitsgruppe "Menschliches Leistungsvermögen" / Human Performance & Limitations, HP&L: https://www.daec.de/fileadmin/user_upload/files/2012/fachbereiche/luftraum/aero_med/hpl-lehrscript.pdf
- Lorei, C., & Hallenberger, F. (2014). *Stress*. (F. Hallenberger, Hrsg.) Frankfurt am Main: Verlag für Polizeiwissenschaft.
- Möllers, M. (2017). *Angewandte Wissenschaft und Polizei*. Frankfurt am Main: Verlag für Polizeiwissenschaft.
- Marx, D. (2017). *Faktor Mensch* (2. Ausg.). Kiel: MEDI-LEARN Verlag GbR.
- Mensching, A. (2004). Fehler als retrospektive (Un-)Sinnszuweisung innerhalb der Polizei - oder: über die Unentscheidbarkeit dessen, was ein Fehler ist. In K. Liebl (Hrsg.), *Empirische Polizeiforschung V: Fehler und Lernkultur in der Polizei*. Frankfurt am Main: Verlag für Polizeiwissenschaft.
- Missbach-Kroll, A., Nussbaumer, P., Kuenz, M., Sommer, C., & Furrer, M. (2005). Critical incident reporting system. *Der Chirurg*, 76(9), S. 868–875.
- NDR. (17. November 2017). *NDR Niedersachsen*. Abgerufen am 31. Januar 2018 von Koalitionsvereinbarung zwischen der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands (SPD) Landesverband Niedersachsen und der Christlich-Demokratischen Union (CDU) in Niedersachsen für die 18. Wahlperiode des Niedersächsischen Landtages 2017 bis 2022: <https://www.ndr.de/home/niedersachsen/groko230.pdf>
- Nds. Ministerium für Inneres und Sport. (2017). *Beschwerdestelle für Bürgerinnen und Bürger und Polizei*. Abgerufen am 23. Januar 2018 von Auswertung für den Zeitraum vom 01.01. bis 31.12.2016: https://www.mi.niedersachsen.de/download/120480/Auswertung_fuer_den_Zeitraum_vom_01.01.2016_bis_31.12.2016.pdf
- Nicolai, B. (30. Juli 2016). *Die Welt*. Abgerufen am 2. Februar 2018 von Volles Kontroll-Paket: https://www.welt.de/print/die_welt/wirtschaft/article157399979/Volles-Kontroll-Paket.html
- Ohlemacher, T. (2003). Gewalt gegen Polizeibeamtinnen und -beamte 1985 - 2000, Eine kriminologische Analyse. In *Interdisziplinäre Beiträge zur kriminologischen Forschung* (Bd. 24). Baden Baden: Nomos.
- Orlicek, F. (2011). *Kann CIRS die Sicherheitskultur verbessern?: Eine empirische Studie im Krankenhaus*. Saarbrücken: VDM.
- Pfeifer, T., & Schmitt, R. (2014). *Masing handbich Qualitätsmangement* (6. Ausg.). München: Hanser.
- Pundt, C. (2016). *Die Bewältigung von polizeilichen Einsatzlagen unter Hochstress*. Frankfurt am Main: Verlag für Polizeiwissenschaft.
- Rall, M. (August 2010). Crisis Resource Management (CRM) - Der Faktor Mensch in der Akutmedizin. *Notfall + Rettungsmedizin*(5), S. 349-356.
- Reason, J. (1990, April 12). The Contribution of Latent Human Failures to the Breakdown of Complex Systems. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological Sciences*, pp. 475-484.

- Reason, J. (1997). *Managing the Risks of Organizational Accidents*. London: Routledge.
- Reason, J. (18. März 2000). Human error: models and management. *British Medical Journal*, S. 768-770.
- Richter, J. (1. Januar 2018). <http://www.jacdec.de>. Abgerufen am 2. Januar 2018 von <http://www.jacdec.de/2018/01/01/2017-jacdec-global-safety-review/>
- Sack, F. (2010). *Demokratisierung der Polizei - Erfahrungen als Mitglied der Hamburger Polizeikommission*. Abgerufen am 3. Februar 2018 von Die LINKE Fraktion in der Hamburger Bürgerschaft: <http://www.linksfraktion-hamburg.de/wp-content/uploads/2015/08/Polizeibroschuere.pdf>
- Schüttelkopf, E. (2008). *Fehler? Kultur? Fehlerkultur?* Von www.fehlerkultur.com: http://www.fehlerkultur.com/fileadmin/documents/Workin__3-2008_Fehler_Kultur_Fehlerkultur.pdf abgerufen
- Schüttler, J., & Biermann, E. (2010). *Der Narkosezwischenfall*. (J. Schüttler, & E. Biermann, Hrsg.) Stuttgart: Thieme.
- Schiewek, W. (2009). Führungskultur in der Polizei. In S. Strohschneider, R. Heimann, & R. Heimann (Hrsg.), *Kultur und sicheres Handeln* (S. 219-238). Frankfurt am Main: Verlag für Polizeiwissenschaften.
- Schmidt, P., & Neutzler, M. (2010). *Einsatzlehre der Polizei* (Bd. 1). Stuttgart: Richard Boorberg.
- Schröder, A., & Leue, V. (2. Dezember 2017). *Deutschlandfunk*. Abgerufen am 3. Januar 2018 von Kennzeichnungspflicht für Polizisten - Emotional aufgeladene Debatte: http://www.deutschlandfunk.de/kennzeichnungspflicht-fuer-polizisten-emotional-aufgeladene.724.de.html?dram:article_id=402168
- Seidensticker, K. (2016). *Die Polizei macht (keine) Fehler*. Bochum: Felixverlag.
- Shappell, S. A., & Wiegmann, D. A. (02 2000). Applying reason: The human factors analysis and classification system (HFACS). (A. -U. Aviation, Hrsg.)
- Singelstein, T. (2010). *Demokratisierung der Polizei - Polizisten vor Gericht*. Abgerufen am 2. Februar 2018 von Die LINKE Fraktion in der Hamburger Bürgerschaft: <http://www.linksfraktion-hamburg.de/wp-content/uploads/2015/08/Polizeibroschuere.pdf>
- St. Piere, M., & Hofinger, G. (2014). *Human Factors und Patientensicherheit in der Akutmedizin* (3. Aufl.). Berlin: Springer science.
- Stephens, D. (2011). *New Perspectives in Policing*. Abgerufen am 2. Februar 2018 von Police Discipline: A Case for Change: <http://ncjrs.gov/pdffiles1/nij/234052.pdf>
- Stierle, J., & Renter, R. (2017). Die strategische Positionierung der Polizei durch Prozess- und Qualitätscontrolling. In J. Stierle, D. Wehe, H. Siller, J. Stierle, D. Wehe, & H. Siller (Hrsg.), *Handbuch Polizeimanagement* (Bd. 2, S. 719-745). Wiesbaden: Springer Gabler.
- Strohschneider, S. (2008). Führung im kulturellen Kontext. In C. Buerschaper, & S. Starke, *Führung und Teamarbeit in kritischen Situationen* (S. 41-53). Frankfurt am Main: Verlag für Polizeiwissenschaften.

- Töpfer, E., & Peter, T. (Mai 2017). *Unabhängige Polizeibeschwerdestellen Was kann Deutschland von anderen europäischen Staaten lernen?* Abgerufen am 27. Januar 2018 von Institut für Menschenrechte: http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/ANALYSE/Analyse_Unabhaengige_Polizeibeschwerdestellen.pdf
- Taylor-Addams, S., & Vincent, C. (2007). *Systemanalyse klinischer Zwischenfälle: Das London-Protokoll [Deutsche Übersetzung durch Stiftung für Patientensicherheit]*. Abgerufen am 28. Januar 2018 von Imperial College London: <http://www.imperial.ac.uk/media/imperial-college/medicine/surgery-cancer/pstrc/londonprotocoldeutsch.pdf>
- Thomeczek, C., & Ollenschläger, G. (2005). Auf ein Wort: Fehlermanagement und Patientensicherheit: Am Faktor Mensch ansetzen! *Allgemeinarzt*.
- Ulrich, A. (2003). Äußere Kontrolle - Innere Führung. In M. Herrenkind, S. Scheerer, M. Herrenkind, & S. Scheerer (Hrsg.), *Hamburger Studien zur Kriminologie und Kriminalpolitik -Die Polizei als Organisation mit Gewaltlizenz* (Bd. 31, S. 123 ff). Münster: Lit Verlag.
- Urbas, L., & Doherr, F. (2013). *TU Dresden*. Abgerufen am 1. Februar 2018 von Menschliche Fehler in sicherheitskritischen Systemen: http://www.et.tu-dresden.de/ifa/uploads/media/PLT2_011_HR.pdf
- Volkmer, T. (2004). Fehlerkultur - Irren in Maßen ohne Sanktionen. In K. Liebl, & K. Liebl (Hrsg.), *Empirische Polizeiforschung V: Fehler und Lernkultur in der Polizei* (S. 81-96). Frankfurt am Main: Verlag für Polizeiwissenschaft.
- Wikipedia. (2016). *Wikiwand*. Abgerufen am 7. Februar 2018 von Schweizer-Käse-Modell: <http://www.wikiwand.com/de/Schweizer-Käse-Modell>
- Zand-Vakili, A. (22. Oktober 1999). *Polizeikommission - Gegner sehen sich bestätigt*. Abgerufen am 7. Februar 2018 von Die Welt: <https://www.welt.de/print-welt/article594304/Polizeikommission-Gegner-sehen-sich-bestaetigt.html>
- Zand-Vakili, A. (26. September 2000). *Hamburger Polizeikommission vor dem Aus*. Abgerufen am 7. Februar 2018 von Die Welt: <https://www.welt.de/print-welt/article535354/Hamburger-Polizeikommission-vor-dem-Aus.html>
- Zink, M. (2016). *Externe Kontrolle der Polizei*. (P. u. Schriftenreihe der Gesellschaft für Kriminologie, Hrsg.) Frankfurt: Verlag für Polizeiwissenschaft.

Erklärung

Ich versichere hiermit die vorstehende Master-Arbeit selbständig angefertigt und keine anderen als die angegebenen und bei Zitaten kenntlich gemachten Quellen und Hilfsmittel benutzt zu haben.

Stöckse, 11.02.2018

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'R. J. K.', is positioned below the date. The signature is fluid and cursive.