

**Kongress:**

**Gewalt in der Pflege - "Handeln statt misshandeln"**

Bezirksklinikum Regensburg – IBP am 04.11.2005

**Vortrag: „Wenn Pflegekräfte Patienten töten...“**

**Vorwort**

Mein Vortrag handelt von Pflegekräften, die aktiv Patienten getötet haben. Ich habe sie nicht persönlich kennen gelernt und nun könnten Sie sich fragen, was mich mit dem Thema verbindet. Als Dipl.-Psychologe habe ich Pflegekräfte interviewt, die im OP gearbeitet haben und bei Organentnahmen assistierten. Einige von ihnen hatten subjektiv das Gefühl, an „Patiententötungen“ beteiligt gewesen zu sein, weil sie „hirntote Patienten“ nicht als Leichen wahrnehmen und empfinden konnten. Sie hatten das Gefühl, dabei mitgeholfen zu haben, lebende Patienten zu töten. So begann ich, mich mit dem Phänomen „Patiententötung“ zu befassen.

**1. Chronik der Serientötungen**

- Im September 2005 erhob die Staatsanwaltschaft Kempten Anklage gegen den so genannten "Todespfleger von Sonthofen". Er wird beschuldigt, in Sonthofen zwischen Februar 2003 und seiner Verhaftung im Juli 2004 29 Patienten getötet zu haben.
- Seit Juni 2005 ermittelt die Staatsanwaltschaft Bonn gegen eine 27 Jahre alte Krankenpflegerin, die in einem Pflegeheim sechs ihrer Patienten getötet haben soll.

Statistisch betrachtet kann man nicht behaupten, dass es sich um seltene Ereignisse oder bedeutungslose kriminologische Phänomene handelt.

Zwischen 1976 und 1993 standen 12 Krankenschwestern und Krankenpfleger in Deutschland, Österreich, den Niederlanden, Norwegen und den Vereinigten Staaten vor Gericht. Sie waren in 174 Fällen des Mordes angeklagt.

Elf Schwestern und Pfleger wurden in 140 Fällen verurteilt. Juristisch betrachtet wurde zwischen Mord, Totschlag, vollendetem Totschlag, Körperverletzung mit Todesfolge und Mordversuch bzw. versuchtem Totschlag unterschieden.

## 1.1 Einzelfälle von Patiententötungen<sup>1</sup>

- 1954 wurde in der DDR ein Krankenpfleger wegen der Ermordung von vier Patienten nach erfolgreich verlaufenen Operationen verurteilt.
- 1957 wurden zwei Ärzte und drei Krankenpfleger einer psychiatrischen Klinik der DDR verurteilt, weil sie unruhigen Patienten Überdosen an Beruhigungs- und Schlafmitteln verabreicht hatten, an denen die Patienten verstorben sind.
- 1975 wurde in Petersburg/Virginia ein Krankenpflegehelfer verurteilt, weil er in einer kardiologischen Klinik vermutlich sechs Patienten mit einem Lokalanästhetikum/ Antiarrhythmikum umgebracht hatte.
- 1976 wurde in Wuppertal ein Krankenpfleger verurteilt, der in einem Altenheim mehrere Menschen umgebracht hatte.
- 1976 wurde in den Niederlanden ein Krankenpfleger verurteilt, weil er fünf Patienten mit Valium und Insulin umgebracht hatte.
- 1981 wurde in Rheinfelden ein Krankenpfleger verurteilt, der sieben Patienten durch die Verabreichung von Überdosen an Herzglykosiden zu Tode gebracht hatte.
- 1983 wurden in einem japanischen Krankenhaus zwei Männer schlicht zu Tode geprügelt. (Über das Gerichtsverfahren berichtet Beine leider nichts.)
- Ebenfalls 1983 wurde in Trondheim/Norwegen ein Krankenpfleger verurteilt, weil er 22 Bewohner eines Altenheimes mittels curarehaltiger Medikamente getötet hatte.
- 1984 wurde in Eugene/Oregon ein Krankenpfleger verurteilt, weil er vier Bewohnern eines Altenheimes, die sterbend waren, eine Überdosis an Insulin verabreicht hatte. Auch wenn nicht sicher geklärt werden konnte, ob das Insulin den Tod herbeigeführt hat, wurde der Krankenpfleger verurteilt.
- Ebenfalls 1984 wurde in Kalifornien ein Krankenpfleger verurteilt, weil er zwölf Patienten mit einem Lokalanästhetikum/Antiarrhythmikum umgebracht hatte.
- 1985 wurde ein englischer Arzt wegen der Tötung von drei Bewohnern eines Pflegeheims verurteilt.
- 1987 wurde in Cincinnati ein Krankenpflegehelfer verurteilt, der gestanden hatte, an seiner Arbeitsstelle 50 Patienten mit Cyanid vergiftet zu haben.
- Ebenfalls 1987 wurde in Rheinland-Pfalz ein junger Mann, der einige Jahre zuvor in einem Altenheim ein Praktikum gemacht hatte, verurteilt; er hatte sich angezeigt und gestanden, einer 74jährigen Frau Desinfektionsmittel ins Herz gespritzt zu haben.
- 1989 wurden in Grand Rapids/Michigan zwei Schwesternhelferinnen verurteilt, weil sie mindestens fünf Bewohner eines Pflegeheimes in ihren Betten erstickt hatten.
- Ebenfalls 1989 wurde in West Islip/New York ein ehemaliger Krankenpfleger verurteilt, weil er mehrere Patienten mit einem Muskelrelaxens umgebracht hatte

---

<sup>1</sup> Quellen: DIE ZEIT 17.02.2005, Nr.8 und ÄRZTEZEITUNG, 29.08.2005

- Ebenfalls 1989 wurde in Wuppertal eine Krankenschwester wegen Totschlags in fünf Fällen, Tötung auf Verlangen in einem Fall sowie wegen fahrlässiger Tötung und versuchten Totschlags in einem Fall verurteilt
- 1991 wurden in Wien vier Stationsgehilfinnen verurteilt, weil sie jeweils mehrere pflegebedürftige Patienten mit verschiedenen Methoden umgebracht hatten (Insulin, "Mundpflege")
- 1992 wurde in St. Gallen ein Krankenpfleger verurteilt, weil er mittels Kaliumchlorid vorsätzlich einen schwerkranken Patienten in einer Intensivstation getötet hatte.
- Ebenfalls 1992 wurde ein englischer Arzt verurteilt, weil er einer Patientin, die an Rheuma erkrankt war und unter heftigsten Schmerzen litt, Kaliumchlorid injizierte. Die Frau lehnte jede Behandlung ab, wollte lediglich Schmerzmittel und hatte ihrer Familie gegenüber erklärt, sterben zu wollen.
- Ebenfalls 1992 wurde ein japanischer Arzt verurteilt, weil er einer bewußtlosen Patienten, die an Krebs litt, Kaliumchlorid injizierte.
- Ebenfalls 1992 wurde in Largo/USA ein Krankenpfleger verurteilt, der wegen drei Tötungsdelikten in einem Pflegeheim angeklagt worden war, aber 23 Tötungen zugegeben hatte.
- 1993 wurde in Gütersloh ein Krankenpfleger wegen Totschlags in zehn Fällen verurteilt; er hatte Patienten mittels Injektion von Luft getötet.
- 1994 wurde ein Wiener Anästhesist verurteilt, weil er eine Patientin, die an Krebs erkrankt war und unter nicht sicher erklärbaren Schmerzen litt, mittels einer Überdosis eines für die Schmerzbekämpfung bei einem wachen Patienten nur bedingt tauglichen Schmerzmittels getötet hatte.
- 1996 wurde in Delfzijl/Niederlanden eine Krankenpflegehelferin verurteilt, weil sie neun Bewohner eines Pflegeheimes mit Insulin umgebracht hatte.
- Der wohl spektakulärste Fall ist der des Arztes Harold Shipman, dem im Jahr 2000 in Manchester 15 Morde angelastet werden; vermutlich aber waren es 297.
- Des 22-fachen Mordes wird Ende Januar 2005 ein Pfleger in Luzern angeklagt. Der heute 36-jährige Schweizer tötete zwischen 1995 und 2001 in Innerschweizer Pflegeheimen demenzkranke Menschen im Alter von 66 bis 95 Jahren. Er gestand, 23 Frauen und vier Männer mit Beruhigungsmitteln vergiftet und wenn nötig mit einem Plastiksack erstickt zu haben.
- Eine 27 Jahre alte Krankenpflegerin soll in einem Pflegeheim in Wachtberg bei Bonn sechs ihrer Patienten getötet haben. Wie die Staatsanwaltschaft Bonn am 22. Juni mitteilte, ist die mittlerweile festgenommene Frau geständig. Demnach erstickte sie zwischen November 2003 und April diesen Jahres drei ihrer Patienten mit einem Kissen. In drei weiteren Fällen habe sie es bei erstickenden Patienten unterlassen, ihnen zu helfen. Die psychisch auffällige Frau soll jetzt von einem Psychiater begutachtet werden.
- August 2005: Internistin Mechthild Bach wird angeklagt, zwischen Dezember 2001 und Mai 2003 acht schwer krebserkrankte Patienten mit Morphin und Diazepam getötet zu haben.

- 15. September 2005 hat die Staatsanwaltschaft Kempten Anklage gegen den so genannten "Todespfleger von Sonthofen" erhoben. Er wird beschuldigt, in Sonthofen zwischen Februar 2003 und seiner Verhaftung im Juli 2004 29 Patienten getötet zu haben, ist auf sechsmal Mord und 22-mal Totschlag angeklagt. Er spritzte den Patienten das Medikament „Lysthenon“.

## **2. Wesentliche gemeinsame Kriterien von Patiententötungen**

### **2.1 Tatort**

- Der Tatort ist zugleich Ort des beruflichen Wirkens des Täters. Sie töten auf der eigenen Station.
- Es sind Orte, an denen ein Tötungsverbrechen nicht erwartet wird.
- Z.B. Intensivstationen, Stationen oder Abteilungen für Innere Medizin, Krebsstationen und Altenpflegeheime.

Man geht im Gegenteil davon aus, dass dort geholfen wird.

### **2.2 Die Tat**

- Die Tat geschieht während der Berufsausübung.
- Die Tat erfolgt überwiegend kurz nach Aufnahme des Patienten.

In der Mehrzahl der Klinikfälle erfolgte die Tat 1 bis 3 Tage nach Aufnahme der Patienten.

Manchmal sogar am Tag der Aufnahme.

Längere Pflegeverhältnisse waren also die Ausnahme.

- Eine tiefgehende emotionale Beziehung zum Patienten konnte sich in der Mehrzahl der Fälle nicht entwickeln.
- Die Tat vollzieht sich unauffällig.

Die Tat ist nur schwer beweisbar. Dies liegt u.a. an der Tatwaffe bzw. den Tötungsmethoden.

### **2.3 Tatwaffe bzw. Tötungsmethoden**

Es handelt sich in den meisten Fällen um unauffällige Tötungen durch hochdosierte Medikamente oder in seltenen Fällen Gifte, die intravenös verabreicht wurden.

Man unterscheidet zwischen Giften im weiteren und engeren Sinne.

- Gifte im weiteren Sinne sind Medikamente, die in kleinen Mengen nützlich, lebensnotwendig oder lebensrettend sind. Verwendete Medikamente waren:

- Schlaf- und Beruhigungsmittel (Hypnotika, Sedativa)
- Schmerz- und Betäubungsmittel (Narkotika)
- Spezifische Herzmedikamente (Digitalisglykoside)
- blutdrucksenkende Medikamente (Antihypertonika)
- Insulin sowie Kaliumchlorid (KCl) und Curacit (enthält Curare)
- Zu Giften im engerem Sinne zählen Zyankali oder Arsen
- Es wurden auch andere, ungewöhnliche Mittel bzw. Methoden verwendet:
  - Abschalten der künstlichen Beatmung (zwei Schwestern und ein Krankenpfleger)
  - Luftinjektion (ein Krankenpfleger in 10 Fällen)
  - Einflößen von normalem Leitungswasser während der Mundpflege mit Hilfe eines Bechers bei tief bewusstlose Patienten mit Herzschwäche und Lungenödem, die keine Abwehrbewegungen vollziehen konnten (zwei Schwestern)

Je nach verwendeter Methode ist sicher vorstellbar, dass der Sterbeprozess der betreffenden Patienten unterschiedlich verlaufen sein muss. Er kann durch die verabreichten Medikamente „rasch“ abgelaufen sein. Andere Methoden haben sicherlich die schon bestehenden Leiden vor dem Tod noch vergrößert. Eines haben die Tötungsmethoden allerdings gemeinsam.

Die Tötungsmethoden hinterließen äußerlich keine sichtbaren Zeichen und es traten auch postmortal keine wahrnehmbaren, organischen Veränderungen auf. Das Sterben der Patienten erschien für die Kollegen als „normales“ Ableben infolge einer schweren Erkrankung.

## **2.4 Die Opfer**

- alte, gebrechliche, hilflose und/oder im Sterben liegende Opfer
- Patienten zwischen 70 und 90 Jahren
- Sterben und Tod des Patienten war jederzeit möglich

## **2.5 Die Vielzahl von Tötungen im Einzelfall**

- 10 Pflegekräfte töteten zwischen 5 und 33 Patienten (verurteilt und nachgewiesen!)
- In allen Verfahren gab es Anzeichen dafür, dass die tatsächliche Tötungsanzahl über der angeklagten Anzahl lag.

Beispiele:

- 1976 Rheinfelden: ein Krankenpfleger wurde angeklagt 20 Patienten getötet zu haben – verurteilt wurde er in 6 Fällen
- 1981 Toronto (CAN): Eine Krankenschwester wurde angeklagt 40 Patienten getötet zu haben – verurteilt wurde sie in 4 Fällen
- 1985/86 Wuppertal: Anklage in 17 Fällen – Verurteilung in 8 Fällen

Das heißt nicht, dass es nicht mehr Tötungen gab, man konnte sie nur nicht nachweisen.

## **2.6 Die Täter**

- Sie waren in ihrem Beruf oft hoch engagiert, zum Teil besonders qualifiziert, hatten meistens das Gefühl, »richtig«, moralisch gerechtfertigt gehandelt zu haben.
- Sie hatten sich ethisch und beruflich verpflichtet, zu helfen und
- hatten natürlich freien Zugang zu den Medikamenten.

### **Zum Zeitpunkt der Taten**

- wurden ihnen Höchstleistungen abverlangt.
- waren sie häufig mit Sterben und Tod konfrontiert.
- hatten sie wenige Erfolgserlebnisse.
- waren sie außerordentlich psychisch und körperlich durch die anfallenden Arbeiten belastet.

## **3. Warn- und Frühwarnsignale**

Die Taten bleiben in der Regel lange Zeit unentdeckt (bis zu 17 Jahren!), obwohl es Warnzeichen gab, die auf die Serientötungen hinwiesen. Durch die unterschiedlichen Fälle von Serientötungen (weltweit) ziehen sich diese Warnsignale wie ein roter Faden.

### **➤ Ein Warnsignal betrifft die vielen Sterbefälle während der Dienstzeit einer Pflegekraft**

Oft Jahre vor der Aufdeckung der Patiententötungen entsteht im Kollegenumfeld der Eindruck, dass in der Dienstzeit der betreffenden Pflegekraft ungewöhnlich viele Patienten versterben. Man beschäftigte sich mit diesem Phänomen, redete miteinander und witzelte. Aber ernst genommen wurde es nicht. Obwohl neue Sterbefälle dazu kamen, machte sich niemand die Mühe, exakte Zahlen zu ermitteln.

Beispiele:

- *„Auf der Inneren Station des Krankenhauses Wien-Lainz starben 1987 in der Dienstzeit von Rotraud Prager 73 Patienten, wie erst bei den Ermittlungen (1989) festgestellt wurde. Das waren vier- bis siebenmal so viele Sterbefälle wie in den Dienstzeiten zweier vergleichbarer Schwestern derselben Station. 1988 stieg die Mortalität in der Dienstzeit von Schwester Prager auf 123 Patienten. Das waren sogar fünf- bis achtmal so viele Sterbefälle, wie bei den beiden anderen Schwestern der Station.“<sup>2</sup>*
  - *„Auf der Inneren Abteilung eines deutschen Krankenhauses ereigneten sich 1990 dreiviertel aller Todesfälle in den Dienstzeiten des Krankenpflegers Helmut Frey.“<sup>3</sup>*
  - Auf der Intensivstation von Schwester Michaela Roeder starben zwischen 1985 bis zur Entdeckung im Februar 1986 fast dreiviertel aller Patienten während der Dienstzeit dieser Schwester.<sup>4</sup>
- **Ein weiteres Warnsignal betrifft die häufige Benennung (Kennzeichnung) des Täters durch die Kollegen (!) mit einem besonderen „Spitznamen“**

Da die Kollegen offensichtlich mitbekamen, dass die betreffenden Pflegekräfte eine höhere Sterberate in ihren Schichten hatten, gaben sie ihnen „Spitznamen“. Ein paar Beispiele.

- Ein amerikanischer Pfleger (Cincinnati) wurde mit seinem Spitznamen „Kiss of Death“, Todeskuss angesprochen.
- Michaela Roeder (Wuppertal) wurde von ihren Kollegen als „Todesengel“ bezeichnet.
- Schwester Prager (Wien) wurde mit „Hexe“ angesprochen.

Die Kollegen gaben den TäterInnen diese Spitznamen, weil sie anfangen, diese zu bemitleiden. Es war überwiegend ironisch gemeint und wurde nicht ernst genommen.

➤ **Das dritte Warnsignal betrifft den raschen und hohen Verbrauch bestimmter Medikamente bzw. den Nachweis leerer Ampullen, die nicht angeordnet waren**

- Typisch ist das Beispiel eines Wiener Krankenhauses, wo vier Pflegekräfte zwischen 1983 und 1987 nach eigenen Angaben bis zu 50 Patienten umgebracht haben. Eine

---

<sup>2</sup> Herbert Maisch. Patiententötung. Dem Sterben nachgeholfen. Kindler 1997, S. 163.

<sup>3</sup> Herbert Maisch. Patiententötung. Dem Sterben nachgeholfen. Kindler 1997, S. 164.

<sup>4</sup> Herbert Maisch. Patiententötung. Dem Sterben nachgeholfen. Kindler 1997, S. 164.

Krankenschwester schaffte es, in diesem Zeitraum 2495 Ampullen eines Schlaf- und Beruhigungsmittels beiseite zu schaffen, obwohl der Verbrauch desselben Medikaments auf einer vergleichbaren Station nur 285 Ampullen betrug.

- Ein niederländischer Krankenpfleger hortete 1875 Fläschchen Insulin.

#### **4. Verleugnungs- bzw. Beschwichtigungsrituale**

»Verleugnungsrituale« und »Aufdeckungsbarrieren« verhinderten die Aufdeckung der Taten durch Kollegen und Vorgesetzte. Es sind Abwehrmechanismen, die davor schützen, sich mit den grausamen Tatsachen und den damit verbundenen Emotionen auseinander zu setzen.

Zu den Verleugnungs- und Beschwichtigungsritualen gehören:

- **Die Verharmlosung der „Spitznamen“** (siehe oben):

In den Prozessen versicherten die Kollegen, dass die „Spitznamen“ nur „scherzhaft“ oder „humorvoll“ gemeint waren. Nie ernsthaft oder als Zeichen eines Verdachts. Die Kollegen leugneten die Tatsache der Tötung und verharmlosten diese (Beschwichtigung).

- **„Spezifische Dialoge“ zwischen den Tätern und ihren Kollegen**

#### **Beispiele:**

- Wenn der amerikanische Intensivpfleger mit seinem Spitznamen »Todeskuss« angesprochen wurde erwiderte er seinen Kollegen, »Ja, heute schnapp ich mir den Nächsten!« Und alle lachten.
- Wenn Michaela Roeder von ihren Kolleginnen als »Todesengel« angesprochen und auf das bevorstehende, mögliche Ableben einer Patientin bei Schichtwechsel hingewiesen wurde sagte sie, »Das Häppchen schaff ich bis zum Fußballspiel! « Welches bald darauf am Abend gesendet wurde.
- Wenn Schwester Prager in Wien bei einem Schichtwechsel mit »Hexe« angesprochen wurde und jemand sie auf einen todgeweihten Patienten ansprach, scherzte sie religiös mit dem lieben Gott. Wenn jemand sagte, »Traudl, den haben wir für dich aufgehoben«, erwiderte sie, »Ja, ja, ich hab beim Pepi schon ein Zimmer b'stellt! « Dann haben alle gelacht, denn der »Pepi« war der »Herrgott« von Lainz. Mit ihrem Spitznamen »Hexe« hat Schwester Traudl auch ihre Scherze getrieben. Immer wieder mal sagte sie: »Ja, ich muß mich halt mal auspendeln lassen. Ich brauch ja nur daneben zu stehn und einen anschauen, schon stirbt er. Ich fürcht mich allmählich ja schon, in Dienst zu gehn. «



- Wenn Pfleger Helmut Frey (Gütersloh) von einer Kollegin direkt darauf angesprochen wurde, dass es bei ihm ja schon wieder Sterbefälle gegeben habe, antwortete der Pfleger Helmut Frey: »Das sind die besten Abgänge, die kommen nie wieder.«<sup>5</sup>

Vor dem Hintergrund der Tötungen von Patienten kann man von außen betrachtet die Verleugnungs- und Beschwichtigungsrituale nur als makaber oder zynisch bezeichnen. Allerdings dachten die Kollegen, dass es ein Zeichen eines reinen Gewissens sei, wenn jemand so direkt und locker antwortet. Der Umgangston ist vielleicht nur für Außenstehende »roh« oder »zynisch«.

Aber nicht nur Verleugnungs- und Beschwichtigungsrituale verhinderten die frühzeitige Aufdeckung der Taten, sondern auch so genannte Aufdeckungsbarrieren.

## **5. Aufdeckungsbarrieren:**

- **Eine Barriere bestand darin, dass die Kollegen, die die Taten entdeckten, ihren Gefühlen nicht trauten.**

Ein Beispiel aus dem Krankenhaus Wuppertal. Dort brachte Michaela Roeder mehrere Patienten um. Ein Pfleger hatte bei einem 70jährigen Patienten den subjektiven Eindruck, dass dieser „Recht guter Dinge“ war und sogar auf kleine Späße reagierte. Michaela Roeder, seine Vorgesetzte, teilte ihm kurz danach mit, dass es dem Patienten „nicht so gut“ ging. Er habe Schmerzen und sie werde ihm ein Schmerzmittel geben. Außerhalb der Sichtweite des Geschehens hörte der Pfleger das typische Geräusch des Abbrechens von Ampullenköpfen. Es machte drei oder viermal hörbar „klack“, obwohl eine Ampulle ausgereicht hätte. Er ging ins Zimmer und sah M. Roeder, die eine Fünf-Milliliter-Spritze eines blutdrucksenkenden Medikaments in den Händen hielt und es dem Patienten spritzte. Nach ca. 10 Minuten sagte sie ihm im Vorbeigehen, dass es dem Patienten schlecht ginge – der Blutdruck sei niedrig. Sie informierte auf Wunsch des Pflegers die Oberärztin und schickte den Pfleger weg. Das machte ihn stutzig, ihm wurden die Vorgänge unheimlich. Er stellte sich heimlich hinter eine Glastür und wollte zusehen, was weiter geschehen würde. Er sah wie M. Roeder zwei Ampullen KCL aufzog und dem Patienten das Medikament injizierte. Fast unmittelbar danach kam es zum Herzstillstand.

Der Pfleger stürzte ins Zimmer und M. Roeder sagte: „Mein Gott, jetzt hatte es der arme Herr Cordes bald geschafft!“ Sie schickte ihren Kollegen wieder aus dem Zimmer des Patienten und wieder beobachtete der Pfleger, wie M. Roeder eine Spritze aufzog, rasch

---

<sup>5</sup> Herbert Maisch. Patiententötung. Dem Sterben nachgeholfen. Kindler 1997, S. 165.

intravenös verabreichte und kurz danach der Patient verstarb.

Obwohl die Sachlage eindeutig erscheint, konnte der Pfleger nicht glauben, was er gesehen hatte. Er zweifelte an sich und seiner Wahrnehmung.

- **Die zweite Barriere besteht darin, dass der einmal oder wiederholt ausgesprochene Verdacht nicht ernst genommen wurde.**

Ein Beispiel aus dem Krankenhaus Wien/Lainz. Ein Jahr vor Aufdeckungen der Tötungen schöpfte eine Schwesternschülerin Verdacht. Sie teilte ihren Verdacht einem befreundeten Arzt mit, der früher auf der Station tätig war. Aber ihr Freund tat die Anschuldigung als „Spinnerei“ ab. Doch die Auszubildende blieb weiter dabei. Nun teilte der Arzt es der Oberärztin mit, die die Anschuldigung wiederum nicht ernst nahm. Man hätte ihm einen „Bären“ aufgebunden und er würde sich nur „lächerlich“ machen, so die Oberärztin. Im April 1988 wurde der Chefarzt informiert, ein Jahr vor Verhaftung der Schwestern. Statt zu handeln, wurde geredet und es gab eine Konferenz. Das Ergebnis der Konferenz: Bei Verdacht sollen künftig Harn- und Blutproben genommen werden, im übrigen wurde »strengstes Stillschweigen« vereinbart. Die betroffenen Schwestern bemerkten die geheimen Vorgaben - und änderten ihre Tötungsmethode.

Erst elf Monate nach der ersten Konferenz wurde die Kontrolle des Arzneimittelverbrauchs beschlossen. Nach dem Tod einer weiteren Patientin wurden die Tötungen schließlich aufgedeckt.

Ein zweites Beispiel aus dem Krankenhaus Wuppertal. Als zwei Pfleger der Station den Verdacht hatten, dass Michaela Roeder Patienten tötete und sich sicher waren, genug Beweise gesammelt zu haben, informierten sie die Chefärztin. Sie zog den Verdacht in Zweifel und äußerte den Verdacht, die Pfleger seien wohl „sexuell bei [Michaela Roeder] nicht angekommen und wollten „den Posten von Schwester Roeder erhaschen“. Die Pfleger wurden zum Stillschweigen vergattert.

- **Die dritte Barriere besteht im Übersehen von „eindeutigen“ Hinweisen, die von den Täterinnen gegeben wurden:**

Am 6. 12.1985 starb die 82jährige Maria Klöpping. Sie wurde von M. Roeder getötet.

Am 7.12. saßen die Kollegen über dem Pflegeübergabebuch und ein Pfleger las laut vor, was M. Roeder am Vortag hineingeschrieben hatte:

*„Kreislauf mäßig – bis saumäßig – Diurese [Harnausscheidung] mies bis ganz mies – AZ [Allgemeinzustand] nicht unbedingt der beste – führt nicht mehr flüssig ab – bitte öfter in LH nachsehen, ob Patientin noch ruhig liegt – war unruhig – Pat. wurde auf eigenen Wunsch um*

*22:18 Uhr dorthin verlegt. Ansonsten ruhigen Dienst, schönes Wochenende, wenig Maloche.“*

Die Kollegen lachten und jemand fragte, was LH bedeutet. „Leichenhalle“, erklärte eine Schwester lachend. Nur ein Pfleger lachte nicht. Er erinnerte sich an eine Bemerkung von M. Roeder vom Vortag. Sie sagte ihm: „bis Mitternacht wird sie es wohl geschafft haben.“ Er ging zum Ampullencontainer, fand wieder zwei Ampullen jenes blutdrucksenkenden Medikaments, das keinem Patienten am Vortrag verordnet worden war.

### **Die Gründe für das Abwiegen:**

#### **1. Die Beschuldigten**

- galten als besonders tüchtig, einsatz- und aufopferungsbereit,
- hatten das Vertrauen der Ärzte,
- waren als Pflegekräfte anerkannt und zum Teil hochqualifiziert,

#### **2. Das Verbrechen**

- schien unvorstellbar für Vorgesetzte und Kollegen,
- löste die Angst vor dem Ruin der eigenen Karriere bei Ärzten und Vorgesetzten aus,
- löste die Angst vor einem Skandal in der Öffentlichkeit aus,
- löste die Angst vor einem Schaden für die betreffenden Einrichtungen aus.

#### **Fazit:**

- Warnsignale, Verleugnungsrituale und Aufdeckungsbarrieren wirken in den meisten Fällen zusammen und verhindern eine frühzeitige Aufdeckung der Taten. Die Folgen waren fatal. In der Regel wird man erst dann aufmerksam, wenn bereits mindestens zwei Todesfälle eingetreten sind. Etliche Patienten wurden getötet, nachdem der Verdacht geäußert und ignoriert wurde. In einem Fall sogar neun Patienten.
- Dies sind keine Einzelfälle, sondern sind Merkmale von Serientötungen.

## 6. Motiv

### 6.1 Allgemeine Aussagen:

Mittlerweile sind mehrere aufschlussreiche Bücher erschienen, die Bedingungen beleuchten, die Patiententötungen tendenziell fördern. Alle Veröffentlichungen kommen zu dem Schluss: Das eine, spezielle Motiv, das PflegerInnen zu TäterInnen werden lässt, gibt es nicht. Beispielsweise könnte man vermuten, dass diese Pflegekräfte im psychiatrischen Sinn krank waren. Doch so ist es nicht.

In seinem Buch „Patiententötung“ schildert Prof. Maisch anhand von zwei Fallbeispielen ausführlich, dass *„weder die lebensgeschichtliche Entwicklung noch die Persönlichkeitsstruktur beider Pflegekräfte [...] für sich genommen Anhaltspunkte für eine psychopathologische Symptomatik [boten].“*

Das bedeutet:

- Sie waren nicht psychisch krank im engeren Sinne.
- Sie hatten keine schizophrene oder manisch-depressive Psychose.
- Sie hatten kein hirnorganisches Syndrom.
- Sie hatten keine Intelligenzminderung und
- waren auch nicht im weiteren Sinne schwerwiegend psychisch gestört.
- Es war nicht möglich, „halbwegs plausible direkte Beziehungen zwischen Persönlichkeitsmerkmalen und begangenen Taten“ herzustellen, so Prof. Maisch.
- Auch in den Biographien der Täterinnen fanden sich keine Hinweise für die Beweggründe der Patiententötungen.<sup>6</sup>

Obwohl die psychiatrischen Sachverständigen, so Prof. Maisch, „angestrengt“ nach „Pathologischem“ suchten, fanden sich auch bei den übrigen neun Fällen, die er in seinem Buch beschreibt, keine Hinweise auf eine schwerwiegende psychische Krankheit, Persönlichkeitsstörung oder Intelligenzminderung, die beispielsweise die Schuldfähigkeit hätte mindern können.

### 6.2 Motivangaben der Täterinnen:

Auch die Motivangaben der Täterinnen sind interessanterweise sehr übereinstimmend: Sie hätten die Patienten

- „von ihrem Leiden erlösen wollen“ und
- dies für moralisch gerechtfertigt, für „menschlich“, „richtig“, „das Beste“ usw. gehalten.

Michaela Roeder brachte dies in einem Satz auf den Punkt:

*„Ich war felsenfest davon überzeugt, dass es richtig war, die kranken Menschen zu erlösen. Ich habe nur da eingegriffen, wo deren Tod unabwendbar war, wo es für den Patienten das Beste ist, ich das Beste tue und will, im seine Schmerzen zu nehmen, sein Leiden zu beenden.“<sup>7</sup>*

Nicht einmal die Täterinnen selbst begründeten ihre Taten mit dem Argument des Mitleids. Vielleicht macht die folgende Aussage von Horst-Eberhard Richter (Psychoanalytiker und Psychiater) deutlich, dass man nicht aus „Mitleid“ tötet.

*„Selbstverständlich kann niemand aus Mitleid töten. Denn Mitleid bedeutet nichts anderes, als im Mit-Leiden das Leiden des anderen mit zu tragen. Man nimmt mitfühlend Anteil, nimmt damit einen Teil des fremden Leidens auf sich. Was aber geschieht in einer Täterin, die tötet, weil sie die Qual eines Patienten nicht länger innerlich mit tragen kann?*

*Sie handelt gerade nicht aus Mitleid, sondern weil sie diesem nicht gewachsen ist. Die Angst, mitfühlend in einen unerträglichen Zustand hinabgezogen zu werden, schlägt um in einen destruktiven Impuls. Die Rechtfertigung lautet dann, man habe den - ahnungslosen - Leidenden doch nur von seiner Qual erlösen wollen.“*

In Wirklichkeit, so Horst Eberhard Richter, wollte man sich selbst von dem bedrückenden Anblick erlösen.<sup>8</sup>

Serientötungen unterliegen einer komplexen Tatmotivations- und Hintergrunddynamik. Es gibt eine Wechselwirkung zwischen arbeits-organisatorischen Belastungsfaktoren, persönlichen „Schwächen“ der TäterInnen, ihrer individuellen Belastbarkeit und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen.

---

6 Herbert Maisch. Patiententötung. Dem Sterben nachgeholfen. Kindler 1997, S. 298.

7 Manfred Oehmichen (Hrsg.). Lebensverkürzung, Tötung und Serientötung – eine interdisziplinäre Analyse der „Eutanasie“. Schmidt-Römhild 1996, S. 224.

8 Horst-E. Richter. Umgang mit Angst. 1993, S. 51. Zitiert in: Karl-H. Beine. Sehen, Hören, Schweigen. Patiententötungen und aktive Sterbehilfe. Lambertus 1998, S. 243.

### 6.3 Alltägliche Arbeitsbelastungen:

- **Zur Zeit der Taten gab es eine hohe Anzahl von alten, chronisch kranken und als »unheilbar« eingestuften Patienten in diesen Abteilungen**

Z.B. Auf der Inneren Abteilung des Lainzer Krankenhauses in Wien lag der Anteil der über 75jährigen Patienten 1988 bei rund 45 %. Im Tatzeitraum 1983 – 1988 stieg die Bettenbelegung dieser Abteilung von 94 % auf 103 %. Die Station, auf der die Patiententötungen stattfanden, hatte 29 Betten. Teilweise wurde die Station mit 36 – 40 Patienten belegt. Davon zum Teil mit über 30 Schwerkranken.

- **Zum Zeitpunkt der Taten gab es eine unzureichende Personalausstattung in diesen Abteilungen**

- Intensivpfleger Fred Klein tötete im Dezember 1985 sechs Patienten. Die Intensivstation war gleichzeitig Ausbildungsstation und zum Tatzeitpunkt gab es zuviele Pflegeschüler und zu wenig examinierte Kollegen. Er vertrat den Stationsleiter, arbeitet zehn Stunden am Tag und hat wochenlang keinen freien Tag. Als sein Vater stirbt, gerät er in eine Krise, nimmt Beruhigungsmittel. Dann kam noch ein Streit mit einer Vorgesetzten hinzu und die Taten begannen.
- Zum Zeitpunkt als Michaela Roeder ihre Taten ausführte, war beispielsweise die ärztliche Präsenz auf Station unzureichend. Vor allem nachts, wenn die Ärzte Bereitschaftsdienst machten, mussten die Pflegekräfte auch in Notfällen bis zu 20 Minuten ohne Arzt allein entscheiden. Die diensthabenden Schwestern mussten sogar allein intubieren!

- **veraltetes bzw. fehlendes Gerät führte zu Belastungen für die Patienten und die Täterinnen**

Als schwerwiegenden Mangel bezeichneten die Gutachter im Fall Michaela Roeder das Fehlen von Blutgasanalysegeräten. Veraltete Beatmungsgeräte konnten nicht vom Pflegepersonal bedient werden und Patienten mussten bis zum Eintreffen eines Arztes „gegen den Respirator ankämpfen“

- **Gleichzeitig führten die oft streng hierarchisch geprägten Organisations- und Leitungsstruktur zu einem dürftigen Kommunikationsfluss unter den Ärzten.**

In Wuppertal entschied zum Zeitpunkt der Taten die Chefärztin weitgehend allein. Die Oberärzte spielten eine „Statistenrolle“ und wurden laut Zeugenaussagen „unfreundlich behandelt“.

- **Dies führte in der Folge zu Spannungen unter den Ärzten und in der Folge auch im Team der Pflegekräfte.**

Die Kommunikation zwischen der Chefärztin und den sechs Assistenzärzten war gering. Weder Ärzte noch Pflegekräfte wurden in Überlegungen und Entscheidungen über Behandlungsmaßnahmen einbezogen.

- **Hinzu kam eine unzureichende bzw. fehlende psychologische Begleitung in Form von Supervision.**

Die Anerkennung dieser Tatsachen führte beispielsweise dazu, dass das Gericht im Fall

Michaela Roeder den Antrag der Staatsanwaltschaft auf ein Berufsverbot ablehnte. Der Richter verwies auf die „schwierige Arbeitssituation des Pflegepersonals auf Intensivstationen“, „die besonderen Probleme auf der chirurgischen Intensivstation des St. Petrus-Krankenhauses“, die „erheblichen Mängel“ auf der Station und die „unheilige Konkurrenz zwischen den unterschiedlichen ärztlichen Anordnungen“.<sup>9</sup> Für Richter Watty erklärten sich die Taten „wesentlich aus einer Verkettung unglücklicher Umstände“. Den Zuschauern im Gerichtssaal sagte er: „Sinn der Strafe darf es nicht sein, die Angeklagte zu vernichten.“

## 6.4 Persönliche Faktoren:

### • **Mangel an Strategien zur Stressbewältigung**

- die Täterinnen gerieten in Belastungs- bzw. Krisensituation, die sie mit ihren Bewältigungsstrategien nicht bewältigen konnten:
  - Michaela Roeder, die gut mit der Chefärztin befreundet war, geriet zwischen die „Fronten“ als die Chefärztin der Intensivstation dem Chefarzt der Chirurgie untersagte, auf der Intensivstation Anweisungen zu geben. Er versuchte Anordnungen durchzusetzen, die denen der Chefärztin genau entgegengesetzt ausgerichtet waren. Sie war allein zuständig für Führung der Station und aller Visiten. Zusätzlich geriet sie zwischen die Chefärztin und die Kollegen, die immer unzufriedenen mit den Anweisungen der Chefin waren.
  - **Ihre Bewältigungsstrategie:** In der Folge engagierte sie sich immer mehr. Sie übernahm Sonderschichten, Wochenenddienste und arbeitete bis zu 17 Stunden durch. Sie wollte es allen recht machen und spielte den „starken Löwen“. Sie wollte nicht als Versager dastehen. Als die Chefärztin sich dann immer mehr zurückzog, Lob und Anerkennung für M. Roeder ausblieb, trat sie den „Rückzug“ an. In der Folge entstand das sogenannte Ausgebrannt-Sein (Burnout-Syndrom). Ein körperlicher und emotionaler Erschöpfungszustand. M. Roeder wurde „schwunglos, lustlos, niedergeschlagen, launisch und depressiv. Sie fing bei „Kleinigkeiten“ an, zu weinen oder wurde aggressiv. Sie zog sich zurück, Sozialkontakte wurden eingeschränkt. Sie hatte Schlafstörungen, Migräne, Kreislauf- und Magenbeschwerden.
  - Sie war nicht mehr in der Lage, die Konfrontation mit den belastenden Realitäten einer Intensivstation auf emotionale Distanz zu halten. Sie konnte nicht zwischen dem eigenen Leid und dem Leiden der Patienten unterscheiden.

„Ausbrenner“ sind Menschen, die eigene Schwächen und Hilflosigkeit nur schwer oder gar nicht zugeben können. Dies traf offensichtlich bei allen Pflegekräften zu. Niemand sprach mit seinen Kollegen, den Vorgesetzten oder Freunden darüber, dass die Belastungen zu viel

---

<sup>9</sup> Christine Gibiec. Tatort Krankenhaus. Der Fall Michaela Roeder. Dietz Taschenbuck 1990, S. 117.

wurden.

## **7. Gesellschaftlichen (kollektiven) Rahmenbedingungen:**

Fachleute, wie beispielsweise Gutachter oder betroffene Chefarzte, in deren Abteilungen getötet wurde, nehmen heute an, dass komplexe gesellschaftliche Veränderungen mitverantwortlich dafür waren, dass Pflegekräfte in ihrer pflegerischen Aufgabe und der Sinnerfüllung mit dieser Aufgabe scheiterten und in der Folge Patienten töteten.

### **7.1 Die demografische Entwicklung**

Die Lebenserwartung der Menschen in der westlichen Welt ist angestiegen.

Damit gibt es auch eine Zunahme von chronischen Krankheiten am Lebensende und eine Zunahme von Langzeitpatienten in der Pflege, die in ihren Familien keinen Platz mehr haben. In der Folge steigen die Belastungen für Pflegekräfte.

### **7.2 Verbesserte Möglichkeiten der Medizin**

Die Fortschritte in der Medizin haben zwar viele Vorteile, aber auch eine Kehrseite. Manche Intensiv- und Transplantationsmediziner sind überzeugt davon, dass das was machbar ist, auch eingesetzt werden muss. Behandlung um jeden Preis. Aber nicht immer haben die Maßnahmen den erhofften Erfolg. In solchen Fällen ist es sehr wichtig, dass die behandelnden Mediziner ihre Entscheidungen bezüglich der Maßnahmen, gut und verständlich gegenüber Pflegekräften begründen. Pflegekräfte neigen dazu, sich ihre eigenen Phantasien über die Notwendigkeit einer Behandlung zu machen. In solchen Fällen kann die fehlende bzw. mangelhafte Kommunikation dazu führen, dass Pflegekräfte eigenmächtig handeln.

### **7.3 Delegieren von Sterben und Tod**

70 bis 80 % aller Menschen in Deutschland sterben im Krankenhaus. Auf diese Entwicklungen waren Krankenhäuser nicht vorbereitet.

### **7.4 Verlangen nach Sterbehilfe (im Sinne einer aktiven Euthanasie)**

Als Folge der oben genannten Entwicklungen wird immer öfter an Ärzte und Pflegekräfte das Verlangen nach Sterbehilfe herangetragen. Gerade jetzt kommt die Diskussion bei uns wieder auf, weil u.a. die Schweizer Sterbehilfeorganisation Dignitas im September 2005 in Hannover eine Filiale eröffnete und sich der Hamburger Justizsenators Roger Kusch im Oktober 2005 offen für die Einführung und Legalisierung der aktiven Sterbehilfe



ausgesprochen hatte.

Auch sogenannte Repräsentativumfragen über „aktive“ Sterbehilfe unterstützen Ausweitungstendenzen und müssen aus meiner Sicht mit einem kritischen Blick betrachtet werden. So berief sich Roger Kusch u.a. auf eine Umfrage des Meinungsforschungsinstituts *Forsa*, nach der 74 Prozent der Deutschen eine aktive Sterbehilfe für Todkranke auf deren ausdrücklichen Wunsch hin befürworteten.

Die Ergebnisse können jedoch extrem Schwanken. So kommt die Deutsche Hospiz Stiftung in einer Langzeitstudie zu dem Ergebnis, dass „nur“ 35 Prozent für aktive Sterbehilfe sind.

(21.10.2005, Die Welt)

Auch Pflegekräfte sollen zu einem großen Prozentsatz die Einführung von »aktiver Sterbehilfe« befürworten.

1998 veröffentlichte Karl Beine, Lehrstuhlinhaber für Psychiatrie an der Witten/Herdecker Universität, die Auswertung einer Umfrage als Teil seiner Studie »Sehen, Hören, Schweigen – Patiententötungen und aktive Sterbehilfe«. Demnach haben 16 % derjenigen, die den Fragebogen ausgefüllt zurückschickten, angekreuzt, sie würden »aktive Sterbehilfe praktizieren«, wenn sie hierzulande legal sei. Erheblich mehr Schwestern und Pfleger würden »aktive Sterbehilfe« erlauben: 44,3 % der Befragten sind mit einer Legalisierung einverstanden. Das »Antwortverhalten«, so Beine, werde »entscheidend beeinflusst« durch die Berufszufriedenheit. Dies lasse »vermuten, dass die eigene berufliche Unzufriedenheit dem ständigen Umgang mit leidenden, verwirrten und sterbenden Menschen teilweise oder ganz zugeschrieben wird«. Patiententötung erscheine vielen Pflegekräften offenbar als ein Ausweg: »Überwiegendes Motiv für die abgegebenen Voten dürfte sein, dass von der Legalisierung der aktiven Sterbehilfe eine Verringerung des täglichen Leidens erwartet wird.«

(Mehr Informationen im Anhang.)

### **»Vermuteter Auftrag«**

Schon 1991 sah der bekannte Psychiater Prof. Klaus Dörner einen Zusammenhang zwischen Patiententötungen und der evtl. gestiegenen gesellschaftlichen Akzeptanz für die Ausweitung der aktiven Sterbehilfe in Deutschland.

»Bei der verzweifelten Sinnsuche für die Stationsarbeit wird der vermutete Auftrag, der vermutete Sinn der gesellschaftlichen Mehrheitsmeinung exekutiert und vollzogen.«

Diese provokante These vertrat Prof. Dörner nachdem es in Gütersloh 1991 zur Patiententötung durch einen Pfleger gekommen war. Prof. Dörner war zu dem Zeitpunkt

ärztlicher Direktor in der betreffenden Klinik und Vorgesetzter des Täters. Prof. Dörner gab zu, „jämmerlich versagt“ zu haben.

### **Die »GAU-Frage«**

Dörner empfahl, jeder Krankenhaus- und Heimitarbeiter solle sich die sogenannte »GAU-Frage etwa jedes viertel Jahr einmal stellen«. GAU bedeutet den **G**rößten **A**nzunehmenden **U**nfall, der im Krankenhaus bzw. Altenheim geschehen kann.

»Stellen Sie sich vor, jemand erzählt Ihnen, dass in Ihrer Station, Abteilung, Klinik, Heim in einem Jahr ein Mitarbeiter Patienten töten wird, wenn alles so bleibt, wie es jetzt ist; was werden Sie tun?«

Schon vor dem Hintergrund der diesjährigen Anklagen gegen Pflegekräfte ist jene GAU-Frage nach wie vor aktuell.

Man mag hinzufügen: Auch diejenigen, die Rahmenbedingungen beeinflussen, sollten dies tun, zum Beispiel GesundheitspolitikerInnen und Bundesärztekammer.

Natürlich führen diese Rahmenbedingungen nicht zwangsläufig dazu, dass PflegerInnen Patienten töten, die Tat hat mit Sicherheit jeweils eine persönliche Vorgeschichte. Doch diejenigen, die zu TäterInnen wurden, waren diesen Belastungen offensichtlich nicht mehr gewachsen.

## **8. Was könnte man aus den Taten lernen?**

Ich hoffe, dass ich verdeutlichen konnte, dass es nicht nur ein Motiv bzw. eine Ursache für die Taten gab. Aus diesem Grund sind gesellschaftliche und institutionelle Veränderungen notwendig, damit Patienten und Pflegekräfte nicht in solche vermeintlich ausgeweglosen Situationen geraten.

Als Dipl.-Psychologe stimmt mich nachdenklich, dass die TäterInnen nicht in der Lage waren, Schwächen wahrzunehmen und/oder diese zuzugeben. Jedenfalls konnten sie nicht um Hilfe bitten und die Einrichtungen boten auch keine Unterstützung vor Ort an. Daher ist es meiner Sicht zwingend notwendig, dass schon in der Ausbildung von Pflegekräften eine psychische Begleitung angeboten wird und sie lernen, im Kollegenumfeld über Ängste, Sorgen, Nöte und Schwächen zu reden. Aber auch nach der Ausbildung müssen die finanziellen Mittel zur Verfügung stehen, damit die emotionalen und psychischen Belastungen schon auf der Arbeit aufgefangen werden können, beispielsweise durch das Angebot regelmäßiger Supervision.

Als Kollegen können sie durch eigene Bereitschaft über vermeintliche Schwächen offen im

Kollegenumfeld zu reden, dazu beitragen, dass andere ihrem Beispiel folgen. Zeigen sie Rückgrat und stehen sie zu ihren Gefühlen. Falls sie Warnsignale wahrnehmen, die sie an Patiententötungen erinnern, dann sprechen sie es aus und lassen sie sich nicht abhalten dies zu tun. Denn wie sie jetzt wissen, ist es sehr wahrscheinlich, dass man ihnen nicht glauben wird.

**Fazit:** Die Taten geschehen unerwartet und unauffällig. Unauffälligkeit, Unerwartetheit und die mangelnde Beweissituation begründen die Wahrscheinlichkeit, dass Serientötungen von Patienten durch Pflegende ein großes Dunkelfeld aufweisen. Vieles spricht dafür, dass die öffentlich gewordenen Patiententötungen nur die „Spitze eines Eisberges“ darstellen. Bei einem Eisberg ragt lediglich ein Siebtel des Eisbergs aus dem Meer heraus. Die große Masse liegt darunter. Im Fall von Patiententötungen könnten die Größenverhältnisse ähnliche Dimensionen haben. Dies bestätigen beispielsweise sogenannte „Dunkelfeldstudien“, in denen es um die unentdeckten Fälle von Patiententötungen geht. Auch die Tatsache, dass in den meisten Fällen von Patiententötungen, die Taten nur „zufällig“ entdeckt wurden, lässt Fachleute vermuten, dass Patiententötungen häufiger vorkommen, aber unentdeckt bleiben.

In diesem Sinne möchte ich zum Abschluss meines Vortrags eine Warnung des inzwischen verstorbenen Psychiaters und international bekannten Suizidforschers Erwin Ringel vortragen, die er anlässlich der Verhaftung von vier Schwestern in Wien kundtat:

*„Man wäre geneigt zu sagen, auf meiner Station, meiner Abteilung, in meinem Krankenhaus kann so etwas nicht passieren. Das sollte niemand sagen, sagt aber jeder. Man muss da ungeheuer vorsichtig sein und nicht den Stab über andere brechen.“<sup>10</sup>*

Dipl.-Psych. Roberto Rotondo

---

<sup>10</sup> Herbert Maisch. Patiententötung. Dem Sterben nachgeholfen. Kindler 1997, S. 60.

## 9. Literatur

- Herbert Maisch. Patiententötung. Dem Sterben nachgeholfen. Kindler 1997
- Karl-H. Beine. Sehen, Hören, Schweigen. Patiententötungen und aktive Sterbehilfe. Lambertus 1998
- Manfred Oehmichen (Hrsg.). Lebensverkürzung, Tötung und Serientötung – eine interdisziplinäre Analyse der „Euthanasie“. Schmidt-Römhild 1996
- Christine Gibiec. Tatort Krankenhaus. Der Fall Michaela Roeder. Dietz Taschenbuck 1990

## 10. Anhang

Studienergebnisse eines Forschungsprojekts zur „Aktiven Sterbehilfe“ von 1994\*

Untersuchungsteilnehmer:	7795
• Krankenschwestern/-pfleger:	3004 (38,54 %)
• Altenpfleger/-schwestern:	3031 (38,88 %)
• Ärzte/Ärztinnen:	1760 (22,28 %)

**Ergebnisse:**

**59.22% halten die aktive Sterbehilfe prinzipiell für gerechtfertigt.**

**Die aktive Sterbehilfe wurde eher befürwortet von:**

- **pflegerischen Berufsgruppen,**
- **jüngeren Krankenschwestern/-pflegern, Altenpflegerinnen, Altenpflegern, Ärztinnen und Ärzten,**
- **konfessionslosen Befragten,**
- **Personen aus den neuen Bundesländern,**
- **in der Psychiatrie tätigen Personen,**
- **Befragten mit geringer Berufserfahrung und kürzerer Arbeitsplatzzugehörigkeit,**
- **Untersuchungsteilnehmern, die getrennt leben oder geschieden sind,**
- **Personen mit geringer Berufszufriedenheit.**

## **Die aktive Sterbehilfe wird tendenziell am ehesten prinzipiell abgelehnt von:**

- **der ärztlichen Berufsgruppe,**
- **älteren Krankenschwestern/-pflegern, Altenpflegerinnen, Altenpflegern, Ärztinnen und Ärzten,**
- **konfessionell gebundenen Personen, insbesondere bei den sonstigen Konfessionen,**
- **Personen aus den alten Bundesländern,**
- **Untersuchungsteilnehmern mit großer Berufserfahrung und längerer Arbeitsplatzzugehörigkeit,**
- **Befragten, die verheiratet oder verwitwet sind,**
- **Personen mit großer Berufszufriedenheit.**

### **Fazit:**

- **In der Tendenz wird also die aktive Sterbehilfe durchgängig dort häufiger befürwortet, wo zu diesen Problemen eine größere berufliche oder persönliche Distanz vorhanden ist, und somit eine eher distanziert-rationale Sichtweise des Problems möglich erscheint.**
- **Dagegen wird dort, wo direkte berufliche und/oder persönliche Konsequenzen erwartet werden, also ein distanziert-rationaler Umgang mit diesem Problem unmöglich ist, die aktive Sterbehilfe eher abgelehnt.**

**\*Beine, Karl-Heinz. Sehen, Hören, Schweigen: Patiententötungen und aktive Sterbehilfe. Freiburg im Breisgau: Lambertus, 1998. ISBN: 3-7841-1 049-5**