

Rehabilitationskrankenhaus Ulm gGmbH

Forum Stationsleitung 2008

„HINSCHAUEN ODER WEGSEHEN? DER FALL IRENE B. UND DIE VERANTWORTUNG IN DER FÜHRUNG“

Einleitung

Am 29.06.2007 verurteilte das Landgericht Berlin Irene B., eine 55-jährige Krankenschwester, zu einer lebenslangen Haftstrafe. Die Staatsanwaltschaft warf ihr sechsfachen Mord sowie Mordversuch in zwei Fällen vor. Dies konnte jedoch nicht zweifelsfrei bewiesen werden. Die Richter sahen es als erwiesen an, dass Irene B. zwischen Juni 2005 und Oktober 2006 auf der kardiologischen Intensivstation 104 I der Charité (Berlin) fünf schwer kranke Patienten mit einer Medikamenten-Überdosis getötet hat. Sie selbst gab in Vernehmungen nur die Tötung von vier Patienten im Jahr 2006 zu.¹

Wie schon in anderen Fällen von Patiententötungen weist auch dieser Fall typische Merkmale auf.

Hinschauen oder Wegsehen? In diesem Fall wohl eher Hinschauen und Wegsehen!

Ein Beispiel:

2005, über ein Jahr bevor die Pflegerin verhaftet wird, kommt es, nach Angaben der Staatsanwaltschaft, zu einem Mordversuch. Irene B. spritzt im Beisein einer Kollegin Dormicum, „obwohl es nicht nötig ist und vom Arzt nicht angeordnet. Daraufhin, so die Kollegin, hört der Patient auf zu atmen. Sie ruft nach dem Arzt. Der Patient wird wiederbelebt, sagt sie. Über den ungewöhnlichen Vorfall will die Zeugin sofort berichtet haben. Doch der Arzt habe nicht weiter reagiert. Erst über ein Jahr später, nach Verhaftung von Irene B., zeigt die Schwester den möglichen Tötungsversuch an.

¹ Charité-Krankenschwester wegen Patiententötung vor Gericht. Quelle: <http://www.net-tribune.de/article/170407-38.php>. Datum: 17. April 2007 09:51 Uhr

Hier sind typische Merkmale von Patiententötungen gegeben.

1. Der Tatort ist zugleich Ort des beruflichen Wirkens der Täterin. Sie tötet auf der eigenen Station.
2. Es ist ein Ort, an dem ein Tötungsverbrechen nicht erwartet wird.
3. Der Patient ist schwer krank, der Eintritt des Todes, was in diesem Fall verhindert wurde, wäre nicht „überraschend“, zumindest würde man nicht zwangsläufig misstrauisch werden.
4. Es wird ein Medikament gespritzt, das nicht angeordnet war und
5. es gibt keine negativen Konsequenzen, weil ihr Vorgesetzter (der Arzt) gar nicht reagiert und die Kollegin daraufhin auch nicht weiter gegen die Kollegin vorgeht.

Ein weiteres Beispiel:

April 2006, ein halbes Jahr vor der Festnahme. Der schwer kranke Mann von Anneliese M. liegt auf der Intensivstation. Der 79-jährige Rentner wurde mehrmals operiert und war noch wenige Stunden vor seinem Tod ansprechbar. **Anneliese M.:** "Der wollte nicht sterben". Dann eine Krise am Abend. Ärzte versuchen Kurt M. wieder zu beleben. Derweil, so die Anklage, verabreicht Irene B. eine Überdosis. Dann flüstert sie einer Kollegin zu, wörtlich „Ich habe alles gespritzt.“ Auch diese Zeugin schweigt.

Auch in diesem Beispiel finden sich typische Merkmale von Patiententötungen.

1. Der Patient ist schwer krank. Sterben und Tod des Patienten war jederzeit möglich.
2. Irene B. handelt gegen den Willen des Patienten und
3. eigenmächtig.
4. Es wird eine Überdosis des Medikaments „unauffällig“ während der „Krise“ des Patienten gespritzt.
5. Die Tat ist somit nur schwer nachweisbar, weil niemand damit rechnet, dass eine Pflegekraft so vorgeht.
6. Allerdings gibt Irene B. in diesem Fall ihrer Kollegin einen Hinweis auf die Tötung.
7. Doch die Kollegin reagiert nicht und es gibt keine negativen Konsequenzen. Das Töten geht weiter.

Ein weiteres Beispiel:

August 2006, sieben Wochen vor der Verhaftung von Irene B. Patient Arlt stöhnt stundenlang. Irene B. soll das als Störung empfunden haben. Wörtlich: 'Das müsste man hier langsam mal beenden.' So bezeugte es eine junge Kollegin vor Gericht.

Irene B. spritzt dem Patienten ein blutdrucksenkendes Mittel (Nipruss), obwohl ein Kollege mit im Raum ist. Mit dem Rücken zur Schwester hört er, wie sie laut die Ampulle bricht, wie sie die Spritze aufzieht. Er weiß, dass das gegen die Anordnung des Arztes geschieht. Mit Handschuhen sicherte er das Beweisstück, das Irene B. in den Mülleimer warf. Was auffallen musste, weil es streng verboten ist, denn aus Sicherheitsgründen werden Ampullen nicht im Zimmer entsorgt, sondern zentral gesammelt. Minuten später stirbt der Patient. Der Pfleger meldete den Vorfall zunächst nicht. Zwar tuschelt er mit Kollegen, doch dann fährt er in den Urlaub. Den ungeheuerlichen Verdacht habe er nicht wahrhaben wollen, so der Zeuge. Wörtlich, 'wenn sie 10 jahrelang gemeinsam Leben retten, da schwimmt doch keiner gegen den Strom.'² „Rund sechs Wochen zögert der Zeuge. Derweil werden drei weitere Patienten getötet.“³

Irene B.: 'Ich weiß nur der Zustand hat sich verändert. Es war auf einmal irgend etwas anders. Was vorher nicht so war. Was an den Vortagen nicht so war. ... So war es bei allen vier Patienten. Es war etwas anders. Ich habe darüber nachgedacht, was es war, wie es war. Es war etwas anders. Es hat sich etwas verändert. Und diese Veränderung habe ich gespürt.'

Auch in diesem Beispiel sind typische Merkmale von Patiententötungen gegeben.

1. Die innere Haltung der Schwester, der Sprachgebrauch bzw. die Verrohung der Sprache finden sich häufig in Fällen von Patiententötungen.
1. Es wird ein Medikaments gespritzt, das nicht angeordnet war.
2. Das Medikament ist nach dem Tod nur schwer nachweisbar, z.B. wenn exumiert werden muss.
3. Das Töten geschieht offen, im Beisein eines Kollegen, der die Tötung auch

² Schwester Tod - Mord auf der Intensivstation. Film von Norbert Siegmund. Phoenix 8.1.08, 22:15 – 23:00 Uhr. Erstsendung: 4. Juli 2007 in der Reihe „ARD-exklusiv“.

³ Charité Berlin - Eine Krankenschwester tötet, Kontrollen versagen. Rundfunk Berlin Brandenburg. Kontraste. Beitrag vom 19.04.2007. http://www.rbb-online.de/_kontraste/beitrag_jsp/key=rbb_beitrag_5762690.html.

wahrnimmt. Sie gibt somit einen Hinweis auf die Tötung.

4. Die Täterin wirft die Ampulle in einen Mülleimer, was nicht sachgerecht war und von Kollegen bemerkt werden muss. Sie gibt somit nochmals einen Hinweis auf die Tötung.
5. Dies führt dazu, dass die Tat dann sogar im Kollegenkreis berichtet bzw. besprochen wird und
6. wieder unternimmt niemand etwas. Das Töten geht weiter.

Noch ein Beispiel:

September 2006, zwei Wochen vor der Verhaftung. Der Zustand von Karin S., einer 48 Jahre alten Patientin, verschlechtert sich. Der Ehemann, Uwe S. möchte sie in die Heimatstadt (Wolfenbüttel) zurück verlegen lassen. Uwe S.: „Sie wollte nicht hier in Berlin sterben, wenn dann zu Hause, in der Heimat sterben, nicht hier.“ Er sitzt mit am Bett als seine Frau die Spritze bekommt. Irene B.: „Er sah es ... und er konnte Abschied nehmen.“ In einer Fernsehdokumentation wurde sie gefragt, ob der Ehemann begriffen hatte, was passierte. Sie antwortete, „Nein, ich denke nicht.“ Nach dem Vorfall wird auf der Station noch mehr getuschelt und die Stationsschwester erfährt von dem Verdacht. Doch sie will sich erst mit ihren Vorgesetzten beraten und Irene B. bleibt im Dienst. Das Töten geht weiter.⁴

Wieder gibt es typische Merkmale von Patiententötungen:

1. Die Patientin ist totkrank, der Eintritt des Todes ist also nicht „überraschend“, zumindest wird man nicht mißtrauisch, wenn er eintritt.
2. Der Patient und die Angehörigen haben keinen Wunsch nach „Sterbehilfe“ geäußert.
3. Die Pflegekraft handelt völlig eigenmächtig.
4. Die Tat wird im Kollegenkreis besprochen.
5. Eine Vorgesetzte erfährt von dem Verdacht und handelt nicht sofort. Die Aufklärungsbemühungen sind unzureichend.
6. Das Töten kann weitergehen.

⁴ Schwester Tod - Mord auf der Intensivstation. Film von Norbert Siegmund. Phoenix 8.1.08, 22:15 – 23:00 Uhr. Erstsendung: 4. Juli 2007 in der Reihe „ARD-exklusiv“.

An diesen vier Beispielen können zusammenfassend folgende typische Warnsignale festgestellt werden:

- Eine Verrohung der Sprache und Haltung bei Irene B.
- Es handelt sich um eine Serientötung. Die vielen Sterbefälle während der Dienstzeit einer Pflegekraft in Fällen von Patiententötungen sind oft gegeben. Das Landgericht Kempen hat beispielsweise Stefan L. ("Todespfleger von Sonthofen") wegen 28-fachen Mordes und Totschlags im November 2006 zu lebenslanger Haft verurteilt.
- Ein weiteres Warnsignal betrifft den Verbrauch bestimmter Medikamente bzw. den Nachweis leerer Ampullen, die nicht angeordnet waren.
- Die frühzeitige Aufdeckung der Taten wird durch so genannte Aufdeckungsbarrieren verhindert.
 - Eine Barriere bestand darin, dass die Kollegen, die die Taten entdeckten, ihren Gefühlen bzw. Wahrnehmungen nicht trauten bzw. ihnen nicht nachgingen.
 - Die zweite Barriere besteht darin, dass der einmal ausgesprochene Verdacht nicht ernst genommen wurde oder zu spät verfolgt wurde.

Andere so genannte »Verleugnungs-« bzw. »Beschwichtigungsrituale« sind mir in diesem Fall nicht bekannt, kommen aber häufig in Fällen von Patiententötungen vor. Aus diesem Grund möchte ich sie hier kurz erwähnen, denn auch sie verhinderten die Aufdeckung von Taten. Hierzu gehören:

- 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.
 - Spitznahmen
 - 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.
- „Spezifische Dialoge“ zwischen den Tätern und ihren Kollegen. Wenn der amerikanische Intensivpfleger mit seinem Spitznamen »Todeskuss« angesprochen wurde, erwiderte er seinen Kollegen, »Ja, heute schnapp ich mir den Nächsten!« Und alle lachten.

Motive - 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.⁵

Obwohl die psychiatrischen Sachverständigen, so Prof. Maisch, „angestrengt“ nach

⁵ Herbert Maisch. Patiententötung. Dem Sterben nachgeholfen. Kindler 1997, S. 298.

„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.

Motive von Irene B.:

In einem Fernsehinterview erzählte Irene B.:

„Der Begriff `Töten` klingt sehr hart. Ich habe diesen Menschen die Lebenszeit verkürzt. Das war ein Eingreifen meinerseits und im Nachhinein weiß ich, dass dies ein absurder Irrtum war. Aber ich habe es getan und dazustehe ich.“ Laut dem Fernsehbericht will sie ihre Opfer, meist todkranken Patienten, vor einem langsamen, leidvollen Sterben „erlöst“ haben. Die strenggläubige Schwester hatte ihre eigenen Vorstellungen von Religion bzw. der Auslegung der 10 Gebote. Irene B.: „Dass man die 10 Gebote, die in unserem Christentum sind, dass man sie auch ausdehnen kann. Dass sie weit gefächelter werden und trotzdem, ja, der Grundgedanke, das Grundelement vorhanden ist. Und dass vieles nicht als Sünde angesehen wird. Sondern, dass man einfach humaner in unsere Gesellschaft und in unserem Staat umgeht. Den letzten Atemzug sollte ein Mensch selbst machen und er sollte nicht von einer Maschine Luft bekommen.“ Nach Angaben von Angehörigen der Opfer tötete sie gegen den Willen der Patienten. Auch im Nachhinein ist Irene B. sich sicher, richtig gehandelt zu haben. Irene B.: „Ich weiß, dass diese Menschen keine Qualen hatten. Vielleicht wollte man etwas anderes beweisen, ich weiß es nicht. Aber ich habe es am Körper und Gesichtsausdruck gesehen. Mehr möchte ich dazu nicht sagen.“⁶

Peter Faust, Vorsitzender Richter am Landgericht Berlin:

„Unser Eindruck ist gewesen, und mein persönlicher Eindruck auch, dass es Kern der Motivation ist, gewesen ist, selber darüber bestimmen zu wollen, wann das Leben dieser Leute endet. Aus welchen Gründen auch immer. Sei es, dass es mit dem gewissen Bedürfnisse der Macht darüber zu entscheiden einherging, sei es, dass es sozusagen mehr so eine Überlegung war, dass es einen wie immer gearteten Ordnungssinn widerspricht, dass diese Leute da noch leben und stören. Das weiß man im einzelnen nicht. Der Kern der

⁶ Schwester Tod - Mord auf der Intensivstation. Film von Norbert Siegmund. Phoenix 8.1.08, 22:15 – 23:00 Uhr. Erstsendung: 4. Juli 2007 in der Reihe „ARD-exclusiv“.

Motivation schien uns gewesen zu sein, dass sie alleine darüber bestimmen wollte, wann das Leben dieser Menschen zu Ende geht oder nicht. Und das ist zutiefst verwerflich!⁷

In anderen Fällen von Patiententötungen wird „Mitleid“ als Motiv angegeben.

Auch Michaela Roeder, eine Krankenschwester, die 1989 wegen Totschlags in fünf Fällen, Tötung auf Verlangen in einem Fall sowie wegen fahrlässiger Tötung und versuchten Totschlags in einem Fall verurteilt wurde, hatte kein Unrechtsbewusstsein:

„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.“⁸

Laut Aussagen in einem Fernsehbericht vom Februar 2006 beteuerte Stefan L., der 28 Patienten umbrachte und im November 2006 zu lebenslanger Haft verurteilt wurde, „immer wieder, er könne das Leid der Menschen nicht länger ertragen und er hätte es nur aus Mitleid getan.“⁹

Kann Mitleid wirklich ein Argument sein?

Stefan L. begann schon vier Wochen nach Abschluss der Ausbildung mit den Tötungen.

„Einige Patienten kannte er noch nicht einmal eine Stunde, bevor er sie tötete.“¹⁰ Es waren auch nicht alle Patienten wirklich todkrank, die Stefan L. getötet hat.

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?

7 Schwester Tod - Mord auf der Intensivstation. Film von Norbert Siegmund. Phoenix 8.1.08, 22:15 – 23:00 Uhr. Erstsendung: 4. Juli 2007 in der Reihe „ARD-exclusiv“.

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

9 ZDF Mona Lisa, 29.01.2006. <http://www.zdf.de/ZDFde/inhalt/12/0,1872,3759980,00.html>

10 Die Todesengel. Wenn Pfleger morden. Film von Matthias Frank (Buch und Regie). N3, 20.02.2006, 23:00 – 23:45 Uhr.

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.¹¹

Tatmotivations- und Hintergrunddynamik

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

Persönliche Faktoren:

In Fällen von Patiententötungen gerieten die Täterinnen in Belastungs- bzw. Krisensituationen, die sie mit ihren Bewältigungsstrategien nicht bewältigen konnten. Die veröffentlichten Fälle von Patiententötungen verdeutlichen, dass die Täterinnen eigene Schwächen und Hilflosigkeit nur schwer oder gar nicht zugeben konnten. Niemand sprach mit seinen Kollegen, den Vorgesetzten oder Freunden darüber, dass die Belastungen zu viel wurden. So war es auch im Fall der Irene B.

Der Psychiater Alexander Böhle, der im Fall Irene B. als Gutachter tätig war, stellte im Juni 2007 fest, „dass sie zwar an einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung leide, aber dennoch voll schuldfähig sei“. Sie wuchs in einem „offenbar sehr gefühlkalten Umfeld auf“, hatte familiäre Probleme und konnte den Tod der Mutter, „nie richtig verarbeiten“, so Böhle. Nach mehr als 25 Ehejahren trennte sich ihr Mann von ihr und wandte sich 1998 einer jüngeren Frau zu. Schon die Trennung hinterließ eine Kränkung, die sie nicht verarbeitete und im April 2006 kam dann die Scheidung vom Ehemann dazu. Dies führte zu einer zeitweisen „Depression mit klinischen Symptomen“.

Schon bei ihrem vorhergehenden Arbeitsverhältnis im Jüdischen Krankenhaus in Berlin hatte

¹¹ 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.

sie Probleme. Die Kommunikation mit den Kollegen funktionierte nicht. Sie soll als Stationschwester „unfreundlich“, „schnippisch“ und „unkollegial“ gewesen sein, habe „unerfahrene Kollegen ihre fachliche Überlegenheit spüren lassen“ und auch „die Anordnungen junger Ärzte nicht respektiert“. ¹²

Das Arbeitsverhältnis mit dem Jüdischen Krankenhaus wurde aufgelöst und wahrscheinlich auch nicht richtig verarbeitet. Auch auf der Station 104i der Kardiologieklinik der Charité hatte Irene B. aufgrund „ihres dominanten und herrischen Wesens“ keine guten Kontakte zu Kollegen. Sie soll sich sogar „ganz bewusst abseits gehalten und den Pausenraum gemieden“ haben. Im Unterschied dazu habe sie zu den leitenden Ärzten und dem Klinikchef Gert Baumann „aufgeschaut und die Hierarchie gebilligt“. Laut Angaben des Gutachters soll Irene B. Schwierigkeiten haben, „sich selbst und andere richtig wahrzunehmen“ und es gab bei ihr auch die „Tendenzen zu Großem, Grandiosen“. ¹³

Organisatorische Mängel

An der Berliner Charité bemängelten Fachleuten 2007 die ärztliche Präsenz auf Station 104i. Die Station, auf der gemordet wurde, hatte einen „nicht optimalen Personalstand“, denn nicht immer war auf der Intensivstation 104i ein Arzt zur Stelle.

Es habe auf der Station nur sehr selten Konferenzen und Aussprachen gegeben, wurde Gutachter Böhle in der Zeitung „Die Welt“ zitiert. ¹⁴

In Fällen von Patiententötungen führen die oft streng hierarchisch geprägten Organisations- und Leitungsstrukturen zu einem dürftigen Kommunikationsfluss unter den Ärzten.

Ein Beispiel aus der Charité: Eine Woche vor der Verhaftung von Irene B. beraten Stationsarzt, Oberarzt und Stationschwester hinter verschlossenen Türen über den Verdacht und beschließen, den Chefarzt zu informieren. Obwohl die Station als „Team of Excellence“ bezeichnet wurde, ist Chefarzt Baumann angeblich nicht erreichbar. „Ganze sieben tagelang nicht. Das behauptet der ihm Untergebene Stationsarzt vor Gericht.“ Der

¹² Michael Mielke. Erst tötete sie, dann tröstete sie. Welt Online, 07.05.2007.
URL: http://www.welt.de/berlin/article1480856/Erst_toetete_sie_dann_troestete_sie.html

¹³ Michael Mielke. Irene B. voll schuldig. Welt Online, 22.06.2007.
URL: http://www.welt.de/berlin/article967710/Irene_B._voll_schuldig.html

¹⁴ Michael Mielke. Irene B. voll schuldig. Welt Online, 22.06.2007.
URL: http://www.welt.de/berlin/article967710/Irene_B._voll_schuldig.html

Chefarzt bestritt dies Aussage.¹⁵

Hinzu kam, dass es keine Supervision auf der Station gab.

Der Anwalt Klaus-D. Bendig unterstellte der Station ein „Systemversagen“, welches „die Taten leicht gemacht“ habe. Er kritisierte, dass die Klinikleitung von Kollegen und auch von Ärzten nicht darüber informiert wurde, dass Irene B. Patienten beschimpfte und misshandelte und auch als der Verdacht einer Tötung aufkam, wurde die Klinikleitung nicht informiert.¹⁶

Irene B. wurde „falsch“ wahrgenommen. Sie hatte z.B. 35 Jahre Berufserfahrung. Prof. Dr. Gerd Baumann (Chefarzt in der Charité) im Prozess: „Ich habe die Schwester sehr geschätzt.“ „Sie hat sich immer um die schwer kranken Patienten gekümmert, die ich gerade bei ihr in sehr guter Obhut gewusst habe, zu wissen glaubte.“¹⁷ Das Verbrechen schien unvorstellbar für Vorgesetzte und Kollegen.

Auf der Station 104i hängt noch nach den Tötungen ein Plakat (Filmaufnahmen 2007). Die wirtschaftliche Effizienz der Station wird darauf aufgeführt bzw. „gefeiert“. „Sinkende Ausgaben pro statistischem Patienten“, so das Plakat. „Die einzige Intensivstation der Charité, die schwarze Zahlen schreibt“, so Chefarzt Baumann vor Gericht.¹⁸ „Das ist ein Team of excellence mit extrem hoher Erfolgsquote und hohem wissenschaftlichen Output“, sagt der 57-jährige Chef der Kardiologie vor Gericht.¹⁹

Unvorstellbar, dass jemand aus dem „Team of Excellence“ tötet. Das sich Kollegen und Vorgesetzte es sich nicht vorstellen können, dass vermeintlich „gute“ und anerkannte Pflegekräfte töten, ist ein typisches Merkmal in Fällen von Patiententötungen und verhindert die rechtzeitige Aufdeckung der Taten, so dass weitere Tötungen möglich werden.

15 Schwester Tod - Mord auf der Intensivstation. Film von Norbert Siegmund. Phoenix 8.1.08, 22:15 – 23:00 Uhr. Erstsendung: 4. Juli 2007 in der Reihe „ARD-exklusiv“.

16 Lebenslange Haft für Irene B. Gefordert. Welt Online, 28.06.2007. Quelle:
URL: http://www.welt.de/berlin/article982605/Lebenslange_Haft_fuer_Irene_B._gefordert.html

17 Schwester Tod - Mord auf der Intensivstation. Film von Norbert Siegmund. Phoenix 8.1.08, 22:15 – 23:00 Uhr. Erstsendung: 4. Juli 2007 in der Reihe „ARD-exklusiv“.

18 Ebd.

19 Katja Füchsel. Charité versetzt weitere Mitarbeiter. Der Tagesspiegel, 03.05.2007. Internet:
<http://www.tagesspiegel.de/berlin/art270,1928416>. Datum: 16.01.2008

Gesellschaftliche Mitverantwortung?

Fachleute, wie beispielsweise Gutachter oder betroffene Chefärzte, 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. An dieser Stelle möchte ich nur kurz einige Punkte stichwortartig erwähnen:

- Die demografische Entwicklung (Lebenserwartung steigt, Zunahme von chron. Kranken und Langzeitpatienten bzw. Belastungen für das Pflegepersonal)
- Verbesserte Möglichkeiten der Medizin, die nicht immer mehr Gesundheit mit sich bringen (Zunahme von chron. Kranken und Langzeitpatienten bzw. Belastungen für das Pflegepersonal)
- Delegieren von Sterben und Tod (70 bis 80 % aller Menschen in Deutschland sterben im Krankenhaus, Zunahme der Belastungen für das Pflegepersonal)
- Verlangen nach Sterbehilfe (im Sinne einer aktiven Euthanasie) und dem damit zusammenhängenden Punkt des
- »Vermuteten Auftrags«

Auf den letzten Punkt möchte ich näher eingehen, weil er möglicherweise auf Irene B. zutrifft.

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. Ein Aussage von Irene B. könnte dies bestätigen.

“Es gab mal, ich weiß es nicht mehr, es gab irgend einen Abgeordneten, der mal gesagt hat, was weiß ich, eine 86-jährige muss ja, nicht jede 86-jährige muss ja eine neue Hüfte oder ein neues Kniegelenk bekommen.“ So Irene B. in einem Fernsehbericht.²⁰

Es ging um den 23-jährigen Philipp Mißfelder (CDU), 2003 Chef der Jungen Union. Er forderte damals unter anderem, dass 85-jährige keine Hüftgelenke mehr als Kassenleistung erhalten sollten. "Ich halte nichts davon, wenn 85-Jährige noch künstliche Hüftgelenke auf Kosten der Solidargemeinschaft bekommen", Mißfelder wörtlich in einem Zeitungsinterview.²¹

Irene B.: „Da war ja eine Empörung im Lande. Aber ich habe verstanden, was der Mann gemeint hat. [...] Es soll jeder das bekommen, was ihm gut tut. Aber, es gibt Situationen, da tut es einfach nicht gut. Ich habe Menschen gesehen, mit neuen Hüftgelenken, die nicht mehr aus dem Bett kamen, die ein Pflegefall waren, die geschrien haben vor Schmerzen, wenn man sie gebettet hat im Pflegeheim.“²²

Eines kann man sicher Herrn Mißfelder nicht unterstellen, dass er die „Aktive Sterbehilfe“ bewusst fördern wollte. Irene B. hat möglicherweise für sich eigene Konsequenzen aus dieser Aussage gezogen.

Was könnte man aus den Taten lernen?

Prof. Dörner war zu dem Zeitpunkt der Taten in Gütersloh 1991 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 Heimmitarbeiter solle sich die sogenannte »GAU-Frage etwa jedes viertel Jahr einmal stellen«. GAU bedeutet den Größten Anzunehmenden Unfall, der im Krankenhaus bzw. Altenheim geschehen kann.

»Stellen Sie sich vor, jemand erzählt Ihnen, dass in Ihrer Station, Abteilung, Klinik, Heim in

20 Schwester Tod - Mord auf der Intensivstation. Film von Norbert Siegmund. Phoenix 8.1.08, 22:15 – 23:00 Uhr. Erstsendung: 4. Juli 2007 in der Reihe „ARD-exklusiv“.

21 Cordula Eubel und Peter Siebenmorgen. Keine Hüftgelenke für die ganz Alten. Der Tagesspiegel vom 3.8.2003. Internet: <http://www.tagesspiegel.de/politik/div/art771,1930676>. Download: 14.01.2008.

22 Schwester Tod - Mord auf der Intensivstation. Film von Norbert Siegmund. Phoenix 8.1.08, 22:15 – 23:00 Uhr. Erstsendung: 4. Juli 2007 in der Reihe „ARD-exklusiv“.

einem Jahr ein Mitarbeiter Patienten töten wird, wenn alles so bleibt, wie es jetzt ist; was werden Sie tun?«

Schon vor dem Hintergrund der Patiententötungen aus den letzten Jahren ist jene GAU-Frage nach wie vor aktuell.

Auch die Charité hat versucht, aus den Taten der Irene B. zu lernen. Im Sommer 2007, noch während des Prozesses, beauftragt die Charité internationale Experten mit der Suche nach Schwächen im ihrem System. „Gewisse Kommunikationsdefizite, eine gewisse Betriebsblindheit, ein gewisses Obrigkeitsdenken, Defizite an Zivilcourage und Defizite in der Ausübung der eigenen Verantwortung“ habe man auf der Station 104i der Charité ausgemacht, zitierte der Tagesspiegel den Schweizer Intensivmediziner Peter Suter (Schweizerische Akademie der Wissenschaften).²³

Erst nach den Patiententötungen führte die Klinik in allen Abteilungen das CIRS (Critical Incident Reporting System), ein Frühwarnsystem ein, damit jeder Klinikmitarbeiter anonym Beschwerden, Bedenken und Kritik in den Charité-internen Computer-Briefkasten eingeben kann.

Die Station, auf der gemordet wurde, hatte einen „nicht optimalen Personalstand“, denn nicht immer war auf der Intensivstation 104 ein Arzt zur Stelle. Ein Lösungsvorschlag der Gutachter: „Diese Station hat möglicherweise eine nicht optimale Größe und durch eine Zusammenlegung von Bereichen kann es erreicht werden, dass diese professionelle Betreuung rund um die Uhr, besser gesichert werden kann“, so Professor Dr. Suter. Meint Vergrößerung der Intensivstation auf rund das Doppelte, also mehr Patienten pro Arzt, so ein Fernsehbericht.²⁴ Welche Bedeutung die Zusammenlegung der Station mit einer anderen Station für die Pflegekräfte haben wird, wurde nicht erwähnt. Aufstockung des Personals? Weniger Patienten pro Schwester/Pfleger? Patiententötungen geschehen im Übrigen auch, wenn Ärzte anwesend sind.

Pflegedirektorin Hedwig Francois-Kettner berichtete dem Tagesspiegel, „dass den Pflegekräften der Charité inzwischen verstärkt Supervision und psychologische

23 Adelheid Müller-Lissner. Charité-Prozess. Betriebsblindheit und Defizite an Zivilcourage. Der Tagesspiegel, 10.07.2007. Internet: <http://www.tagesspiegel.de/berlin/art270,2337292>, 14.01.2008.

24 Schwester Tod - Mord auf der Intensivstation. Film von Norbert Siegmund. Phoenix 8.1.08, 22:15 – 23:00 Uhr. Erstsendung: 4. Juli 2007 in der Reihe „ARD-exklusiv“.

Teambegleitung angeboten werde. Keiner der direkt in den Fall Irene B. verwickelten Mitarbeiter sei noch auf der Station 104i tätig. Ein Oberarzt und einige Pflegekräfte arbeiten jetzt auf anderen Stationen, die leitende Pflegekraft wurde beurlaubt. Noch gebe es keine dienstrechtlichen Konsequenzen, eine entsprechende Prüfung sei aber auf der gesamten Station vorgesehen.“²⁵ Das war im Januar 2008.

Irene B. hat bisher nicht viel aus ihren Taten gelernt.

Irene B. in einem Fernsehbericht 2007²⁶: Krankenpflege, das „ist mein Traumberuf. Ich habe schon als kleines Kind mit fünf Jahren, habe ich mal einen kleinen Roten-Kreuzkoffer geschenkt bekommen und bin schon durch die Wohnung gelaufen mit einem Stethoskop. Wahrscheinlich habe ich noch gar nicht gewusst, was ein Stethoskop ist und im Unterbewusstsein stand für mich fest, ich werde Krankenschwester. Und das, so habe ich das gedacht. Ich habe fast alles, was ich im Leben machen wollte, das habe ich erreicht. Das, was ich mir vorgenommen habe.“

Zu ihren Taten sagte sie: „So etwas wird es immer geben. Es wird Dunkelziffern geben, die ... ich denke, ich bin mit meinen Gedanken nicht, in dieser Hinsicht, alleine auf der Welt, um es mal so zu sagen.“

Diese Aussage von Irene B. wird durch so genannte Dunkelfeldstudien gestützt (siehe Anhang), in denen es um die unentdeckten Fälle von Patiententötungen geht. Vieles spricht dafür, dass die öffentlich gewordenen Patiententötungen in Deutschland nur die „Spitze eines Eisberges“ darstellen. Die Taten geschehen unerwartet und unauffällig. Unauffälligkeit, Unerwartetheit und die mangelnde Beweissituation begründen die Wahrscheinlichkeit, dass Serientötungen von Patienten durch Pflegenden ein großes Dunkelfeld aufweisen. 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.

25 Adelheid Müller-Lissner. Charité-Prozess. Betriebsblindheit und Defizite an Zivilcourage. Der Tagesspiegel, 10.07.2007. Internet: <http://www.tagesspiegel.de/berlin/art270,2337292>, 14.01.2008.

26 Schwester Tod - Mord auf der Intensivstation. Film von Norbert Siegmund. Phoenix 8.1.08, 22:15 – 23:00 Uhr. Erstsendung: 4. Juli 2007 in der Reihe „ARD-exklusiv“.

Schlußberachtung

Das Kriminologische Forschungsinstitut Niedersachsen e.V. (KFN) führt seit 2004 die Studie "Kriminalität und Gewalt im Leben alter Menschen" in Hannover durch.²⁷ Folgende zentrale Punkte wurden festgehalten:

- „rund 40% der Befragten berichteten für den Zeitraum der letzten 12 Monate mindestens ein einschlägiges Vorkommnis. Die berichteten Verhaltensweisen liegen allerdings primär im unteren Schwerebereich und konzentrieren sich auf die Bereiche der Vernachlässigung, der verbalen Aggression / psychischen Misshandlung sowie problematischer Formen der Freiheitseinschränkung (letztere offenbar primär auf Wunsch von Angehörigen und weniger aus eigener Initiative). Soweit physische Gewalt berichtet wird, handelt es sich überwiegend um Fälle des "groben Anfassens" Pflegebedürftiger durch Pflegende.“
- „Als bedeutsames Problemverhalten wurde in der Studie angesehen, wenn eine Pflegekraft angegeben hatte, „dass sie mindestens fünfmal in den vergangenen 12 Monaten einen Pflegebedürftigen beschimpft, angeschrien, grob angefasst, respektlos behandelt, ausgelacht, seine Mundpflege vernachlässigt, ihn nicht rechtzeitig gelagert, ihn absichtlich länger als nötig auf Hilfe warten lassen, ihn absichtlich nicht gewaschen, seine Wäsche trotz Inkontinenz nicht gewechselt, ihm nicht genug zu essen oder zu trinken gegeben oder seine Verletzung nicht sorgfältig genug versorgt hatte.“²⁸
- „Bedeutsames Problemverhalten“ wurde auch angenommen, wenn eine Pflegekraft weniger als fünfmal in den letzten 12 Monaten die oben genannten Verhaltensmuster zeigte, aber eine gewisse „Breite“ problematischen Verhaltens aufwies. Also mindestens drei Verhaltensweisen für den Zeitraum der letzten 12 Monate jeweils mindestens einmal berichtete.
- Aber es gibt auch Verhaltensweisen, die als so gravierend und mit dem pflegerischen Berufsethos als unvereinbar angesehen werden, wenn sie einmalig innerhalb der

27 GÖRGEN, T., HERBST, S. & RABOLD, S. Kriminalitäts- und Gewaltgefährdungen im höheren Lebensalter und in der häuslichen Pflege (KuGiLaM-Bericht No. 2) (KFN-Forschungsbericht; Nr.: 98). Hannover: KFN. <http://kfn.de/versions/kfn/assets/fb98.pdf>

28 GÖRGEN, T., HERBST, S. & RABOLD, S. Kriminalitäts- und Gewaltgefährdungen im höheren Lebensalter und in der häuslichen Pflege (KuGiLaM-Bericht No. 2) (KFN-Forschungsbericht; Nr.: 98). Hannover: KFN. <http://kfn.de/versions/kfn/assets/fb98.pdf>. S. 70

letzten 12 Monate vorkamen. Folgende Verhaltensmuster wurden berichtet:
„verprügeln; Ohrfeigen; würgen; treten; mit der Faust schlagen; absichtlich zu heiß oder zu kalt baden/duschen; schubsen oder stoßen; sexuell belästigen; ruhigstellende Medikamente geben, um weniger Mühe zu haben; fixieren, um weniger Mühe zu haben; Geld/Wertgegenstände unerlaubt wegnehmen; absichtlich falsche Rechnungen ausstellen; absichtlich beleidigen; andere lächerlich machen; mit Worten bedrohen; absichtlich ärgern; Schamgefühl absichtlich verletzen.“²⁹

Grobheiten, Grenzverletzungen, Respektlosigkeiten oder „bedeutsames Problemverhalten“, wie es vom KFN eingestuft wird, sind Frühwarnhinweise auf gefährliche Entwicklung in einem Heim oder einer Krankenhausstation.

Peter Faust, Vorsitzender Richter am Landgericht Berlin zu den Tötungen in der Charité:

"So ist es beispielsweise berichtet worden, mehrfach berichtet worden, durch sich gegenseitig bestätigende Berichte belegt worden, dass es durchaus Übergriffe, übergriffiges Verhalten gegen Patienten gab, bis hin zu Schlägen. Und das ist natürlich etwas, was nicht akzeptabel ist, was bei einer, nach meiner Meinung, normal funktionierenden derartigen Station a) entdeckt werden muss und b) wenn es entdeckt wird, natürlich sofort beseitigt werden muss. Da es ein Bereich absoluter Gewaltlosigkeit sein muss, wer dort gewalttätig ist, gegen Patienten, gehört sofort entfernt.“³⁰

Irene B. begründete ihre Schläge gegen Patienten folgendermaßen: "Ich bin auch für die Sicherheit des Patienten zuständig. Und wenn er sich irgendwelche Kabel abreißt oder sonst irgend etwas macht. Da gibt es unheimliche Geschehnisse, die man erwähnen könnte oder aber auch eingestuhlt hat, irgendwie, da gibt es die unterschiedlichsten Sachen. Und sie weisen mehrmals daraufhin und sie machen und sie sagen, „und dies nicht und das nicht und jenes nicht“. Da ist es manchmal hilfreicher, wenn sie sagen „Bupp“ [deutet gleichzeitig mit der Hand ein Schlagen an, anmerk. des Autors]. Da ist ein Erstaunen, ... ein Gucken und ein Registrieren, das darf ich nicht. Das ist, wie soll ich sagen, es ist manchmal wie eine Rückkopplung mit einem kleinen Kind.“³¹

29 Ebd., S. 70

30 Schwester Tod - Mord auf der Intensivstation. Film von Norbert Siegmund. Phoenix 8.1.08, 22:15 – 23:00 Uhr. Erstsendung: 4. Juli 2007 in der Reihe „ARD-exklusiv“.

31 Schwester Tod - Mord auf der Intensivstation. Film von Norbert Siegmund. Phoenix 8.1.08, 22:15 – 23:00 Uhr. Erstsendung: 4. Juli 2007 in der Reihe „ARD-exklusiv“.

Peter Faust, Vorsitzender Richter am Landgericht Berlin: „Es gibt dann sicherlich innerhalb der Hierarchie Leute, die dafür zuständig sind, jemanden, der sich in der Art und Weise grob fehl verhält, aus dem Arbeitsverhältnis zu entfernen. Man muss das nur einfach machen und nicht monatelang hin warten und Überlegungen anstellen, die ja offenbar von großer Ängstlichkeit geprägt waren. Man hatte Angst vor arbeitsrechtlichen Verfahren, vor der Möglichkeit vielleicht wegen Verleumdung belangt zu werden usw. und so fort. Das sind alles menschlich nachvollziehbare Überlegungen, die aber wegen des überragend hohen Wertes des zu schützenden Gutes da fehl am Platze sind. Wenn es darum geht, das schwer kranke Menschen drangsaliert oder gar körperlich misshandelt werden, dann müssen derartige Bedenken, muss so eine Bedenkenträgeri zurückstehen. Da kann es meiner Meinung nach keine Diskussion geben.“

Aus genau diesem Grund, weil es um den Schutz von Patienten geht, sollten Seminare zu den Themen Aggression, Gewalt und auch Patiententötung als regelmäßige Veranstaltungen in jeder Pflegeeinrichtung angeboten werden und wenn nötig, die Teilnahme zur Auflage gemacht werden. Immer wieder mache ich die Erfahrung, dass in Einrichtungen die Angst davor besteht, diese Themen, insbesondere das Thema Patiententötung, anzubieten. Eine häufige Begründung: In der Öffentlichkeit könnte der Eindruck entstehen, dass in der betreffenden Einrichtung die Probleme existieren. Vielleicht sollte auch diese Art von „Bedenkenträgeri“ zurückstehen, wenn es darum geht, frühzeitig zu verhindern, dass Patienten drangsaliert, körperlich misshandelt oder sogar getötet werden.

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 bzw. keine ausreichende Unterstützung vor Ort an. Daher ist es meiner Sicht zwingend notwendig, dass schon in der Ausbildung von Pflegekräften eine psychische Begleitung in Form von Supervision angeboten wird und sie lernen, im Kollegenumfeld über Ängste, Sorgen, Nöte, aggressive

Phantasie bzw. Gefühle 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. Auch sollten regelmäßig Team- und Fallbesprechungen stattfinden und die Weiterbildung zu Fragen der Ethik in Grenzsituationen des menschlichen Lebens sollte zwingend vorgeschrieben und/oder verbessert werden.

Dies alles wird jedoch wenig oder gar nichts nützen, wenn Arbeitgeber bzw. Konzerne die Bewertung bzw. die Erfolgsquote einer Station ausschließlich an der wirtschaftlichen Effizienz und dem wissenschaftlichen Output festmachen. Sinkende Ausgaben pro statistischem Patienten können, wie der Fall an der Charité zeigt, zu schlechterer Versorgung der Patienten und Gewalt gegen bis hin zu Tötungen von Patienten führen. Ein andere Folge des Sparens bedeutet, dass das Personal schlecht versorgt wird und extremen Belastungen ausgesetzt wird, sogar in einem „Team of Excellence“. Richter Faust machte in einem Zeitungsinterview nicht nur den Kollegen von Irene B. einen Vorwurf, weil sie den ‚ruppigen Umgang mit Patienten in Worten und Taten‘ beobachtet und dennoch nicht reagiert haben. ‚Das ist nicht nur erbärmlich, das ist eindeutig Gewalt und strafbar‘, sagte Faust. Und eine Verwaltung, die das zulasse, mache sich ebenfalls strafbar.“³²

Die Berliner Zeitung berichtete am 26.01.2006 mit dem Titel „Existenzängste in der Charité“, dass bis „2010 [...] an allen vier Standorten 1656 Stellen abgebaut werden [sollen] [...]. Rund 207 Millionen Euro müssen bis zum Jahr 2010 eingespart werden - 70 Prozent der Summe will der Charité-Vorstand durch den Abbau von Personal erwirtschaften. 500 Vollzeitstellen werden deshalb bis Ende dieses Jahres gestrichen, bis zum Jahr 2010 sollen noch weitere 1156 folgen - davon voraussichtlich an die 400 betriebsbedingte Kündigungen, befürchtet der Personalratsvorsitzende Ingo Zeplien.“³³

Es ist zu einfach gedacht, nur Pflegekräfte und die Verwaltung in die Verantwortung zu nehmen. Wenn die Ausführungen von Richter Faust konsequent weiter gedacht werden, ist es auch erbärmlich, dass beispielsweise die Bundesregierung und die politisch Verantwortlichen in den Ländern seit Jahrzehnten Kenntnisse über Stellenabbau und

32 Michael Mielke. Schwester Irene B. zu Höchststrafe verurteilt. Welt Online, 29.06.2007.

http://www.welt.de/berlin/article986124/Schwester_Irene_B._zu_Hoehchststrafe_verurteilt.html

33 Sarah Schelp. Existenzängste in der Charité. Berliner Zeitung vom 26.01.2006. <http://www.berlinonline.de/berliner-zeitung/archiv/.bin/dump.fcgi/2006/0126/lokales/0036/index.html>.

unzumutbare Arbeitsbedingungen in der Pflege haben und sogar noch fördern, wie beispielsweise in Hamburg. Aus einer Pressemitteilung von Ver.di vom 20.06.2005: „Bürgermeister Ole von Beust (CDU) hat betriebsbedingte Kündigungen im Landesbetrieb Krankenhäuser ab 2006 nicht ausgeschlossen und das Vorgehen der Asklepios-Chefetage verteidigt, darunter auch die Forderung nach Erhöhung der Arbeitszeiten und den Austritt des LBK aus dem Arbeit-geberverband.“³⁴

Die Bundesregierung und die politisch Verantwortlichen in den Ländern sollten auch in die Verantwortung genommen werden bzw. ein Bewusstsein dafür bekommen, dass auch sie sich, wenn auch nicht juristisch, aber mindestens moralisch mit strafbar machen, wenn es zur Gewalt und Tötungen in der Pflege kommt.

In diesem Sinne möchte ich darum bitten, die bundesweite Unterschriftenaktion UNS REICHT'S - von DBfK und verdi mit Unterstützung des Deutschen Pflegerats gegen Stellenabbau und unzumutbare Arbeitsbedingungen weiter zu unterstützen.

Mehr Informationen im Internet.

Dipl. Psych. Roberto Rotondo
Rappstr. 9
20146 Hamburg
Tel.: 040/44 80 99 22
Internet: www.robortorotondo.de

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 „Eutanasie“. Schmidt-Römhild 1996
- Christine Gibiec. Tatort Krankenhaus. Der Fall Michaela Roeder. Dietz Taschenbuck 1990

³⁴ Ole von Beust verteidigt Tarifdumping, Stellenabbau und Kündigungen im LBK Hamburg. Pressemitteilung ver.di vom 20.06.2005.

Anhang

Dunkelfeldforschung zu Patiententötungen

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 so genannte „Dunkelfeldstudien“, in denen es um die unentdeckten Fälle von Patiententötungen geht. Zwei Studien möchte ich kurz vorstellen. Eine amerikanische Studie aus dem Jahr 1996 und aus Australien aus den Jahren 1992/93.

Amerikanische Studie von 1996 (827 befragte Schwestern)

- Jede fünfte oder rund 20% der befragten Pflegekräfte hat wenigsten einmal in ihrer beruflichen Laufbahn aktive Sterbehilfe geleistet. (ca.164 Schwestern)
- Aktive Sterbehilfe in Kooperation mit Ärzten:
 - 108 Schwestern gaben an, 517 Patiententötungen in Kooperation mit Ärzten insgesamt in ihrer beruflichen Laufbahn vorgenommen zu haben! Durchschnittlich ca. 5 Patienten pro Schwester
- Aktive Sterbehilfe allein, ohne Wissen der Ärzte:
 - 62 Schwestern bei 124 Patienten (2 pro Schwester)
- Beteiligung an Aktiver Sterbehilfe in ein bis drei Fällen:
 - 84 Schwestern bei bis zu 252 Patienten
- Beteiligung an Aktiver Sterbehilfe in mehr als 20 Fällen:
 - 7 Schwestern bei mindestens 140

Informationen aus: Patiententötungen. Dem Sterben nachgeholfen. Herbert Maisch. Kindler1997, S. 188 ff.

Australischer Studie von 1992/93 (943 befragte Schwestern)

- Aktive Sterbehilfe in Kooperation mit Ärzten:
 - 189 Schwestern bei mindestens 189 Patienten
- Aktive Sterbehilfe allein oder zusammen mit Ärzten - mit oder ohne Verlangen des Patienten:
 - 201 Schwestern bei 349 Patienten
- Beteiligung an Aktiver Sterbehilfe in zwei oder mehr als zwei Fällen:
 - 148 Schwestern bei mindestens 296 Patienten

Informationen aus: Patiententötungen. Dem Sterben nachgeholfen. Herbert Maisch. Kindler1997, S. 188 ff.