

Städtisches Klinikum Braunschweig gGmbH

Institut für Weiterbildung

„GEWALT UND AGGRESSIVITÄT IN DER PFLEGE“

1. Einleitung

Ich wurde gebeten, in meinem Vortrag hauptsächlich auf so genannte Patiententötungen als Beispiele für aggressives und gewalttätiges Verhalten von Pflegekräften gegenüber Patienten einzugehen. Ich habe keine Pflegekräfte kennen gelernt, die selbst direkt Patienten aktiv getötet haben. Allerdings habe ich als Dipl.-Psychologe Pflegekräfte interviewt, die bei Organentnahmen assistierten, also im OP gearbeitet haben. In diesem Zusammenhang habe ich Pflegekräfte erlebt, die subjektiv das Gefühl hatten, an Patiententötungen beteiligt gewesen zu sein. Sie konnten „hirntote Patienten“ nicht als Leichen empfinden und hatten das Gefühl, dabei mitgeholfen zu haben, lebende Patienten zu töten. So begann ich, mich mit dem Phänomen „Patiententötung“ zu befassen. In der Hauptsache basieren die Zahlen und Fakten zum Phänomen Patiententötung aus dem Buch „Patiententötung. Dem Sterben nachgeholfen“ (Kindler 1997) von Prof. Herbert Maisch (Psychologe und Gerichtsgutachter).

2. Erkenntnisse zur Gewalt im Leben alter Menschen

Meines Wissens hat sich im deutschen Sprachraum bisher keine allgemein gültige Definition zur Gewalt durchgesetzt. Gewaltdefinitionen unterscheiden sich je nach Zugangsweise (Psychologie, Medizin, Soziologie, Justiz, Polizei, usw.). Repräsentative Untersuchungen, die über das Ausmaß an Gewalthandlungen an beispielsweise alten Menschen in Krankenhäusern oder Altenheimen Auskunft geben können, existieren meines Wissens nicht.

Durch den Pflegebericht des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) und der Pflegekassen, der sich auf die Jahre 2004 bis 2006 bezieht, kam auch das Thema Gewalt in der Pflege 2007 wieder auf. Bei jedem zehnten Heimbewohner und bei 5,7 Prozent der Pflegebedürftigen zu Hause wurde ein "akut unzureichender Pflegezustand" festgestellt. „Mehr als 3700 Qualitätsprüfungen bei ambulanten Pflegediensten und rund 4200 Qualitätsprüfungen in stationären

Pflegeeinrichtungen liegen der Analyse zugrunde. [...] Nach wie vor gibt es gravierende Mängel bei Ernährung und Flüssigkeitsversorgung der Pflegebedürftigen. Bei etwa jedem dritten Pflegefall (Heime: 34,4 Prozent; ambulante Pflege: 29,6 Prozent) stellten die Prüfer Defizite fest.“¹

Ich hatte zu der Zeit einige Anfragen von Journalisten, die wissen wollten, warum Einrichtungen bzw. Pflegekräfte so etwas zulassen. Ich stellte dann meistens eine Gegenfrage. Warum glauben Sie, dass es lediglich an der Einrichtung bzw. an den Pflegekräften liegt und nicht auch an der Vorgaben nach denen gepflegt werden muss? Ich erwähne dies, weil ich mit meinem Vortrag verdeutlichen möchte, dass es, im Falle von Gewalt von Pflegekräften an Pflegebedürftigen, auch im Falle der Patiententötungen zu einfach gedacht wäre, wenn man ausschließlich die Pflegekräfte verurteilen würde. Zurück zum Pflegebericht des MDS bzw. zu einem Beispiel, dass meine Haltung verdeutlichen soll.

Der Tagesspiegel berichtete im September 2007 im Artikel „Frau Zielinskis knappe Zeit“ von einer Heimbewohnerin, die im Marienhaus in Essen lebt. Frau Zielinski, geboren im Mai 1909, war zum Zeitpunkt der von mir erwähnten Gutachten 96 Jahre alt. „In den Gutachten des Heims heißt es, Frau Zielinski leide an einer schweren senilen Demenz, Depression, Bluthochdruck, Hüftarthrose beiderseits, an Wirbelsäulen-Syndromen, offenen Hautkrebsstellen an Rücken und im Gesicht. Sie ist inkontinent, sehr schwerhörig, kurzsichtig und extrem ängstlich. Im MDK-Gutachten hat Frau Zielinski ein „Mobilitätsdefizit bei deg. Wirbelsäulensyndrom“, Kniearthrose, Diabetes mellitus, kann „teils kontrolliert“ abführen.“

Die MDK-Gutachterin G. „trug 2005 unter Punkt „5.2. Ernährung“ ein: Zeitaufwand pro Tag für die mundgerechte Zubereitung 10,0 Minuten. Für die Aufnahme der Nahrung – oral: 2,0 Minuten. [...] Die notierte in ihrem Gutachten unter Punkt 5.1. „Körperpflege“: drei Mal Wasserlassen pro Tag, Gesamtdauer sechs Minuten. Dazu vier Mal pro Woche Stuhlgang, umgerechnet auf sieben Tage sind das zwei Minuten pro Tag. [...] Das Marienhaus in Essen hat schon oft gegen die Einstufungen seiner Bewohner durch den MDK geklagt. In einer Liste führt das Heim 57 Höherstufungsanträge und Widersprüche auf. Gesamtsumme: 340774,38 Euro. Das ist der Wert der Pflegeleistungen, die das Heim seiner Meinung nach

¹ Pflege leidet unter Qualitätsproblemen. Financial Times Deutschland. 31.08.2007. Internet: <http://www.ftd.de/politik/deutschland/:Pflege%20Qualit%E4tsproblemen/246719.html>. Datum: 16.01.2008.

für Fälle der Stufen III und III plus leistet, obwohl die Kassen mit Verweis auf MDK-Gutachten nur Leistungen der Stufen I oder II bezahlen.²

Im Jahre 2002 erschien der „Vierte Altenbericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland“. Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMfFSFJ) konstatierte, dass über „das Ausmaß von Gewalt gegen alte und hochaltrige Menschen [...] bislang noch zu wenig bekannt [ist]“. Erste Anhaltspunkte wurden schon 2001 in einer Pressemitteilung veröffentlicht.

- Demnach werden „circa 600 000 ältere Menschen oder 6,6 % der 60- bis 75-Jährigen Opfer innerfamiliärer Gewalt; rund 340 000 erleiden körperliche Gewalt
- Das Spektrum der Gewalt reicht von Vernachlässigung und seelischer Misshandlung über finanzielle Ausnutzung, Freiheitseinschränkung bis hin zu körperlicher Gewalt.
- Gewalt tritt oft in engen sozialen oder privaten Beziehungen auf.
- Über zwei Drittel der Fälle von Gewalt treten in familiären Beziehungen auf. Nur ein Bruchteil davon wird bekannt.“³

Die Ergebnisse des 4. Altenberichts beziehen sich auf eine Studie des Kriminologischen Forschungsinstituts Niedersachsen (KFN-Studie) von 1992.⁴

Auch zur so genannten „Gewalt im sozialen Nahraum“ gibt es sehr wenig Erkenntnisse. Das Kriminologische Forschungsinstitut Niedersachsen e.V. (KFN) führt seit 2004 die Studie "Kriminalität und Gewalt im Leben alter Menschen" in Hannover durch.⁵ Es wurde eine sogenannte Bevölkerungsbefragung (n=3.030), eine schriftlichen Befragung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ambulanter Pflegedienste (n=503) und eine qualitative Interviewstudie in häuslichen Pflegesettings durchgeführt, bei der Pflegebedürftige, pflegende Angehörige und ambulante Kräfte befragt wurden (178 Interviews und vier Gruppengespräche). „Die Beteiligung sowohl auf der Ebene der Dienste als auch der MitarbeiterInnen war erfreulich hoch; die Teilnahmequote der Pflegekräfte lag bei rund 43%.“ Folgende zentrale Punkte wurden festgehalten:

2 Frau Zielinskis knappe Zeit. Der Tagesspiegel, 09.09.2007. Internet: <http://www.tagesspiegel.de/zeitung/Frauen-Maenner;art7754,2375209>. Datum: 16.01.2008.

3 Vierter Altenbericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Januar 2002, S. 133 - 136

4 BILSKY, W., MECKLENBURG, E. & WETZELS, P. Persönliches Sicherheitsgefühl, Angst vor Kriminalität und Gewalt, Opfererfahrung älterer Menschen. Skalenanalyse und Skalenkonstruktion zur KFN-Opferbefragung 1992 (KFN-Forschungsbericht; Nr.: 13). Hannover: KFN. <http://kfn.de/versions/kfn/assets/fb13.pdf>

5 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>

- „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 seiner Verletzung nicht sorgfältig genug versorgt hatte.“⁶
- „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 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.“⁷

6 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

7 Ebd., S. 70

3. Patiententötung

3.1 Dunkelfeldforschung zu Patiententötungen

Die befragten Pflegekräfte machten keine Angaben über Patiententötungen, als eine sehr extreme Form der Gewalt gegen Patienten.

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. Kindler 1997, S. 188 ff.

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 Pflegende 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.

3.2 Patiententötungen - Fallbeispiele

Mein Vortrag soll verdeutlichen, warum es so schwer ist, Patiententötungen zu entdecken. Dabei werde ich hauptsächlich auf so genannte Patiententötungen eingehen, die Pflegekräfte durchführten, obwohl in Deutschland auch Mediziner Patienten töten. Beispielsweise befragten Dr. Thomas Elkeles und Dr. Renate Kirschner (Epidemiologischen Forschung Berlin) für eine Studie zum Thema "Handlungsmuster und Einstellungen von Ärzten zur Sterbehilfe" im Herbst 1996 „282 niedergelassene Allgemeinmediziner/Praktiker und Internisten sowie 184 in Krankenhäusern praktizierende internistische Onkologen, Chirurgen, Intensivmediziner und Internisten aus dem gesamten Bundesgebiet.“ „Sechs Prozent der Klinikärzte und knapp elf Prozent der niedergelassenen Ärzte“ gaben an, Fälle von aktiver Sterbehilfe zu kennen. „Ein Klinikarzt und elf niedergelassene Ärzte“ gaben zu, den Wunsch nach aktiver Sterbehilfe erfüllt zu haben.⁸ Dies zeigt, dass in Deutschland auch beim Thema Patiententötung durch Ärzte ein Dunkelfeld angenommen werden kann.

Fallbeispiele 2003 - 2006

Die letzten bekannt gewordenen Fälle liegen nicht weit zurück:

8 Studie: Aktive Sterbehilfe wird auch in Deutschland praktiziert. Ärzte Zeitung, 15.07.1997. Internet: <http://www.aerztezeitung.de/docs/1997/07/15/130a0301.asp?cat=/magazin/sterbehilfe>. Download: 17.06.2007
Vgl. Beispielsweise wurde Dr. Harold Shipman (in englischen Zeitungen wird er als „Dr. Death“ bezeichnet) im Januar 2000 wegen Mordes an 15 Patienten zu 15mal lebenslang verurteilt. Mittlerweile gilt es als gesichert, dass Dr. Harold Shipman zwischen 1985 und 1998 mehr als 200 Menschen umgebracht hat. Quelle: "With Sympathy" - nach fast jedem Mord hat Shipman eine Beileidskarte an die Familien geschickt. Ärzte Zeitung, 24.07.2002. Internet: <http://www.aerztezeitung.de/docs/2002/07/24/137a0203.asp>. Download: 17.06.2007

Mehr Informationen über Tötungen durch Ärzte:

Vgl. Tötungsdelikte durch Ärzte und die Hintergründe. Eine Analyse exemplarischer Fälle. Klaus Püschel, Holger Lach. Deutsches Ärzteblatt, Jg. 100, Heft 36. 5. September 2003, S. A 2285 -A 2288

- 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.⁹
- Das Landgericht Kempen hat Stefan L. ("Todespfleger von Sonthofen") wegen mehrfachen Mordes und Totschlags im November 2006 zu lebenslanger Haft verurteilt. Laut Anklage hatte Stefan L. zwischen Anfang 2003 und Mitte 2004 im Krankenhaus von Sonthofen insgesamt 28 Patienten zu Tode gespritzt. Er war, laut Aussagen seiner Klassenleiterin, Susanne Schneider, in der Krankenpflegeausbildung ein „sehr engagierter Schüler“, der „sehr viel nachgefragt“ und sich „sehr am Unterricht beteiligt“ hat. Er hatte „durchweg auf allen Stationen erfolgreiche Beurteilungen“, war „in der Klasse anerkannt“ und hat einen Intelligenzquotienten von 121. Anfang Januar 2003 trat er seine erste Stelle als Pfleger nach seiner Ausbildung zum Krankenpfleger an und tötete laut Anklageschrift vier Wochen später erstmals einen Patienten.
- Das Landgericht Bonn hat die 27jährige Michaela G. („Todesengel von Wachtberg“) im Februar 2006 wegen vierfachen Mordes, vierfachen Totschlags und einer Tötung auf Verlangen zu lebenslanger Haft verurteilt. Laut Anklage hatte Michaela G. zwischen November 2003 und April 2005 neun schwerkranke Patientinnen im Limbachstift in Wachtberg-Berkum getötet.

Statistisch betrachtet kann man nicht behaupten, dass es sich um seltene Ereignisse oder bedeutungslose kriminologische Phänomene handelt (siehe Anhang). Nach Informationen aus dem Buch „Patiententötungen. Dem Sterben nachgeholfen“ von Prof. Herbert Maisch (Kindler 1997) standen 12 Krankenschwestern und Krankenpfleger zwischen 1976 und 1993 in Deutschland, Österreich, den Niederlanden, Norwegen und den Vereinigten Staaten vor

⁹ Charité-Krankenschwester wegen Patiententötung vor Gericht. Quelle: <http://www.net-tribune.de/article/170407-38.php>. Datum: 17. April 2007 09:51 Uhr

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.

Darüber hinaus wird angenommen, dass es ein so genanntes Dunkelfeld gibt.

3.3 Wesentliche gemeinsame Kriterien von Patiententötungen

3.3.1 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.

3.3.2 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.

Die rechtsmedizinische Diagnostik kommt in diesen Fällen an ihre Grenze. Dies bestätigte Prof. Manfred Oehmichen, bis 2004 Direktor des Instituts für Rechtsmedizin am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein. Prof. Manfred Oehmichen: „Schließlich muß aus rechtsmedizinischer Sicht auch festgestellt werden, dass sich die jeweilige Beweissituation katastrophal darstellt.“ In „nahezu allen Fällen“ mussten die pathologisch-anatomischen und auch die chemisch-toxikologischen Untersuchungen retrospektiv

durchgeführt werden. So konnte „allenfalls eine Bestätigung des Verdachts“ erfolgen. „Am Ende blieben den Ermittlungsbehörden daher nur Indizien, Zeugenaussagen, nicht kongruente Aussagen der Beschuldigten oder schließlich – deren Geständnis.“¹⁰

3.3.3 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 kaum oder 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.

¹⁰ Manfred Oehmichen (Hrsg.). Lebensverkürzung, Tötung und Serientötung – eine interdisziplinäre Analyse der „Eutanasie“. Schmidt-Römhild 1996. S. 235

3.3.4 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

3.3.5 Die Vielzahl von Tötungen im Einzelfall

- 5 Patienten in der Berliner Charité (siehe oben)
- 28 Patienten in Sonthofen (siehe oben)
- 9 Patienten in Bonn (siehe oben)
- Nach Angaben in dem Buch „Patiententötung. Dem Sterben nachgeholfen“ von Prof. Herbert Maisch (Kindler 1997) haben 10 Pflegekräfte zwischen 5 und 33 Patienten (verurteilt und nachgewiesen!) getötet
- 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.

3.3.6 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.

4. 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.“¹¹
- „Auf der Inneren Abteilung eines deutschen Krankenhauses ereigneten sich 1990 dreiviertel aller Todesfälle in den Dienstzeiten des Krankenpflegers Helmut Frey.“¹²
- 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.¹³
- Laut Aussagen von Wilhelm Seitz, Anwalt der Nebenkläger im Fall der Tötungen von Sonthofen, starben im Jahr 2002 auf der Station von Stefan L. dreiundsiebzig

11 Herbert Maisch. Patiententötung. Dem Sterben nachgeholfen. Kindler 1997, S. 163.

12 Ebd., S. 164.

13 Ebd., S. 164.

Patienten, als er noch nicht tätig war. 2003 stieg die Anzahl der Todesfälle auf einhundertundfünf an.¹⁴ Der ermittelnde Staatsanwalt, Elmar Lechner, gab zu bedenken, dass Stefan L. zum Schluss immer häufiger getötet haben soll. Zwischen dem 28. März 2004 und Juli 2004 wurde jeder Patient, der auf der inneren Station I im Krankenhaus verstarb, getötet, wenn man zwei Urnenbestattungen auslässt, da eine Überprüfung in diesen Fällen nicht mehr möglich war.¹⁵

- **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.

1. Ein amerikanischer Pfleger (Cincinnati) wurde mit seinem Spitznamen „Kiss of Death“, Todeskuss angesprochen.
2. Michaela Roeder (Wuppertal) wurde von ihren Kollegen als „Todesengel“ bezeichnet.
3. 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**

1. Typisch ist das Beispiel eines Wiener Krankenhauses, wo vier Pflegekräfte zwischen 1983 und 1987 nach eigenen Angaben bis zu 50 Patienten umgebracht haben. Eine 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.
2. Ein niederländischer Krankenpfleger hortete 1875 Fläschchen Insulin.
3. Im Sonhofener Fall soll Stefan L., laut Aussagen des Anwalts der Nebenkläger, Patienten mit einem Medikament getötet haben, das auf seiner Station weder

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

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

2002 noch 2003 regulär verbraucht und eingesetzt wurde. 2003 wurde es jedoch 50mal nachbestellt. Eine Kontrolle dieser Medikamente, die nur Ärzte nachbestellen durften, gab es offenbar nicht.¹⁶

5. Verleugnungs- bzw. Beschwichtigungsrituale

So genannte »Verleugnungs-« bzw. »Beschwichtigungsrituale« 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 anschaun, schon stirbt er. Ich fürcht mich allmählich ja schon, in Dienst zu gehn. «

¹⁶ Wilhelm Seitz. In: Die Todesengel. Wenn Pfleger morden. Film von Matthias Frank (Buch und Regie). N3, 20.02.2006, 23:00 – 23:45 Uhr.

- 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.«

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«.

6. Aufdeckungsbarrieren:

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

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

Beispiele:

- **Berliner Charité:** „August 2006, sieben Wochen vor der Verhaftung von Irene B. Sie spritzt einem 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.'¹⁷ „Rund sechs Wochen zögert der Zeuge. Derweil werden drei weitere Patienten getötet.“¹⁸
- Ein weiteres Beispiel aus dem **Krankenhaus Wuppertal**. Dort brachte Michaela Roeder mehrere Patienten um. Ein Pfleger hatte bei einem 70jährigen Patienten den

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 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.

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 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.
- **Berliner Charité**: 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 zeigt die Schwester den möglichen Tötungsversuch an. Erst nach Verhaftung von Irene B.
- 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 bekommen. **Irene B.**: „Er sah es ... und er konnte Abschied nehmen.“ In der 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.¹⁹

¹⁹ 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“.

- Auch im **Sonthofen** geht niemand Hinweisen auf den Grund. Ein Beispiel: Eine Patientin beschwerte sich, als sie nach einer nicht verordneten Spritze bewusstlos wird. Ihrer Beschwerde ging niemand nach. So konnte das Töten weitergehen.²⁰
- **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.“²¹
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.
 - **Berliner Charité:** 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 Zeugen schweigt.
 - 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.: 'Ich weiß nur der Zustand hat sich verändert. Es war auf einmal irgend

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-exclusiv“.

21 Herbert Maisch. Patiententötung. Dem Sterben nachgeholfen. Kindler 1997, S. 32.

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.' Irene B. spritzt ein blutdrucksenkendes Mittel im Beisein eines Kollegen und der Patient stirbt kurz danach (siehe oben).

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.

Irene B. 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.“²²

2. Das Verbrechen

- schien unvorstellbar für Vorgesetzte und Kollegen,
Beispiel Charité: Auf der Station 104i hängt noch nach den Tötungen ein Plakat. 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.²³
„Das ist ein Team of excellence mit extrem hoher Erfolgsquote und hohem wissenschaftlichen Output“, sagt der 57-jährige Chef der Kardiologie vor Gericht.²⁴
Unvorstellbar, dass jemand aus dem „Team of Excellence“ tötet.
- 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.

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“.

²³ Ebd.

²⁴ Katja Füchsel. Charité versetzt weitere Mitarbeiter. Der Tagesspiegel, 03.05.2007. Internet: <http://www.tagesspiegel.de/berlin/art270,1928416>. Datum: 16.01.2008

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.

7. Patiententötung - 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.²⁵

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,

²⁵ Herbert Maisch. Patiententötung. Dem Sterben nachgeholfen. Kindler 1997, S. 298.

Persönlichkeitsstörung oder Intelligenzminderung, die beispielsweise die Schuldfähigkeit hätte mindern können.

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.

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 einem 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 gefächerter 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.“²⁶

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

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“.

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 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!²⁷

Auch Michaela Roeder 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.“²⁸

Laut Aussagen in einem Fernsehbericht vom Februar 2006 beteuerte Stefan L. „immer wieder, er könne das Leid der Menschen nicht länger ertragen und er hätte es nur aus Mitleid getan.“²⁹

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.“³⁰ Es waren auch nicht alle Patienten wirklich todkrank, die Stefan L. getötet haben soll.

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.³¹

27 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“.

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

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

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

31 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.

8. Tatmodivations- und Hintergrunddynamik

Serientötungen unterliegen einer komplexen Tatmodivations- und Hintergrunddynamik. Es gibt eine Wechselwirkung zwischen arbeits-organisatorischen Belastungsfaktoren, persönlichen „Schwächen“ der TäterInnen, ihrer individuellen Belastbarkeit und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen. Aus meiner Sicht trifft dies auch auf andere Formen von Gewalt an Pflegebedürftigen durch Pflegende zu (siehe oben, Stichwort: „bedeutsames Problemverhalten“).

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, arbeitete zehn Stunden am Tag und hatte 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!

Auch an der Berliner Charité bemängelten Fachleuten 2007 die ärztliche Präsenz auf Station 104i (siehe unten).

- 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“.

In der Berliner Charité: Eine Woche vor der Verhaftung von Irene B. beraten Stationsarzt, Oberarzt und Stationsschwester 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 Chefarzt bestreitet das.³²

- In Wuppertal führte der dürftige Kommunikationsfluss 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 psychologisch 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“.³³

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.“

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

32 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“.

33 Christine Gibiec. Tatort Krankenhaus. Der Fall Michaela Roeder. Dietz Taschenbuck 1990, S. 117.

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 unzufriedener 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 wurden.

9. Gesellschaftlichen (kollektiven) Rahmenbedingungen:

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.

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.

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.

Delegieren von Sterben und Tod

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

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. 2005 kam die Diskussion bei uns wieder auf, weil u.a. die Schweizer Sterbehilfeorganisation Dignitas im September 2005 in Hannover eine Filiale eröffnete und sich der damalige 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.“

»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. 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.³⁴

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.³⁵

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

³⁴ Schwester Tod - Mord auf der Intensivstation. Film von Norbert Siegmund. Phoenix 8.1.08, 22:15 – 23:00 Uhr. Erstsending: 4. Juli 2007 in der Reihe „ARD-exklusiv“.

³⁵ 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.

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.“³⁶

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 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.

Man mag hinzufügen: Auch diejenigen, die Rahmenbedingungen beeinflussen, sollten dies tun, zum Beispiel GesundheitspolitikerInnen und Bundesärztekammer. Die zum »Unwort des Jahres 1998« gekürte Aussage des damaligen Präsidenten der Bundesärztekammer (BÄK), Karsten Vilmar, dass Budgetierungen der Ärzteinnahmen durch die Bundesregierung dazu führen würden, dass »wir insgesamt überlegen müssen, ob wir das sozialverträgliche Frühableben fördern müssen«, lenkte von eigenen Taten ab. Es war der BÄK-Vorstand, der im September 1998 ohne Not »Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung« beschlossen hat, bei denen es nicht mehr nur um einen »vermuteten Auftrag« oder einen »vermuteten Sinn« geht, sondern um konkrete Handlungsanweisungen für MedizinerInnen, unter welchen Bedingungen sie Menschen, die nicht im Sterben liegen (zum Beispiel WachkomapatientInnen und schwerstbehinderte Neugeborene), durch Abbruch der notwendigen Behandlung ums Leben bringen können. Absehbar ist, dass solche Papiere das »frühere Ableben« von PatientInnen fördern werden.

Natürlich führen diese Rahmenbedingungen nicht zwangsläufig dazu, dass PflegerInnen Patienten töten, die Tat hat mit Sicherheit jeweils eine persönliche Vorgeschichte. Doch

³⁶ 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“.

diejenigen, die zu TäterInnen wurden, waren diesen Belastungen offensichtlich nicht mehr gewachsen.

10 Was könnte man aus den Taten lernen?

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).³⁷

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.³⁸ 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 auch, wenn Ärzte anwesend sind. Dunkelfeldstudien zeigen, dass auch Ärzte an Patiententötungen beteiligt sind (siehe oben).

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

37 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.

38 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“.

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.“³⁹

Irene B. hat bisher nicht viel aus ihren Taten gelernt. Irene B. in einem Fernsehbericht 2007: 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 sie im Leben machen wollte, das habe ich erreicht. Das, was ich mir vorgenommen habe. [...] 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.“

Mit knapp 70 wird sie wieder frei sein. Irene B.: „Je länger die Zeit vergeht, umso mehr wird man, so denke ich, auch etwas anders darüber denken. In dem man vielleicht nicht nur verurteilt, sondern versucht, vielleicht auch zu verstehen.“⁴⁰

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 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

39 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.

40 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“.

Fragen der Ethik in Grenzsituationen des menschlichen Lebens sollte zwingend vorgeschrieben und/oder verbessert werden.

11. Schlußberachtung

Grobheiten, Grenzverletzungen, Respektlosigkeiten oder „bedeutsames Problemverhalten“, wie es in der Studie des Kriminologische Forschungsinstitut Niedersachsen e.V. (KFN) benannt 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."⁴¹

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."⁴²

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

41 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“.

42 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“.

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, dass 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. Um nochmals Richter Faust zu zitieren: „Da kann es meiner Meinung nach keine Diskussion geben.“ 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.“⁴³

12 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

⁴³ Herbert Maisch. Patiententötung. Dem Sterben nachgeholfen. Kindler 1997, S. 60.

13. Anhang

Einzelfälle von Patiententötungen⁴⁴

- 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.

⁴⁴ Quellen: DIE ZEIT 17.02.2005, Nr.8 und ÄRZTEZEITUNG, 29.08.2005

- Ebenfalls 1989 wurde in West Islip/New York ein ehemaliger Krankenpfleger verurteilt, weil er mehrere Patienten mit einem Muskelrelaxens umgebracht hatte
- 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.
- Das Landgericht Bonn hat die 27jährige Michaela G. („Todesengel von Wachtberg“) im Februar 2006 wegen vierfachen Mordes, vierfachen Totschlags und einer Tötung auf Verlangen zu lebenslanger Haft verurteilt. Laut Anklage hatte Michaela G. zwischen November 2003 und April 2005 neun schwerkranke Patientinnen im Limbachstift in Wachtberg-Berkum getötet.

- 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. Laut Anklage hatte Stefan L. zwischen Anfang 2003 und Mitte 2004 im Krankenhaus von Sonthofen insgesamt 28 Patienten zu Tode gespritzt. Er spritzte den Patienten das Medikament „Lysthenon“. Im November 2006 wurde Stefan L. vom Landgericht Kempten wegen mehrfachen Mordes und Totschlags zu lebenslanger Haft verurteilt.
- 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 Intensivstation der Kardiologie 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.⁴⁵

⁴⁵ Charité-Krankenschwester wegen Patiententötung vor Gericht. Quelle: <http://www.net-tribune.de/article/170407-38.php>. Datum: 17. April 2007 09:51 Uhr

Studienergebnisse eines Forschungsprojekts zur „Aktiven Sterbehilfe“ von 1994⁴⁶

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.

⁴⁶ Beine, Karl-Heinz. Sehen, Hören, Schweigen: Patiententötungen und aktive Sterbehilfe. Freiburg im Breisgau: Lambertus, 1998. ISBN: 3-7841-1 049-5

Studienergebnisse zu Patiententötungen

Amerikanische Studie 1996

Tabellarische Darstellung der Ergebnisse einer amerikanischen Studie von 1996. 827 Schwestern wurden zu ihrer Beihilfe bzw. Beteiligung an verbotenen Sterbehilfehandlungen befragt.

Amerikanische Studie 1996 - 827 befragte Schwestern		
<u>Betreute Patienten:</u>		
kardiologische, chirurgische und internistische Intensivpatienten		
	Involvierte Pflegekräfte	Anzahl der getöteten Patienten
Konfrontation mit dem Patientenverlangen nach aktiver Sterbehilfe Konfrontation mit dem Wunsch nach Beihilfe zur Selbsttötung (es wurde nicht zwischen aktiver Sterbehilfe und Beihilfe z. Selbsttötung unterschieden)	13% der Befragten - 108 Schwestern	
Involviert in verbotene Sterbehilfehandlungen	20% ~ 164 (überwiegend) Schwestern	mindestens 164
Aktive Sterbehilfe oder Beihilfe zur Sterbehilfe allein, ohne Wissen der Ärzte	62	124 ~ 2 pro Schwester
Aktive Sterbehilfe oder Beihilfe zur Sterbehilfe letzten 12 Monate	8% der Befragten - 64	mindestens 64
Beteiligung an Aktiver Sterbehilfe in ein bis drei Fällen	10% ~ 84	zwischen 84 und 252
Beteiligung an Aktiver Sterbehilfe in mehr als 20 Fällen	1% ~ 7	mindestens 140
Sterbehilfe in Kooperation mit Ärzten	13% der Befragten - 108	mindestens 108
Sterbehilfe in Kooperation mit Ärzten im Jahr vor der Befragung	108	100
Sterbehilfe in Kooperation mit Ärzten insgesamt in ihrer beruflichen Laufbahn	108	517 ~ 5 pro Schwester

Informationen aus: Patiententötungen. Dem Sterben nachgeholfen. Herbert Maisch. Kindler 1997, S. 188 ff.

Australische Studie von 1992/92

Tabellarische Darstellung der Ergebnisse einer australische Studie von 1992/92 (943 befragte Schwestern) zu ihrer Beihilfe bzw. Beteiligung an verbotenen Sterbehilfehandlungen.

1. Studie 1992/93 - 943 befragte Schwestern		
<u>Betreute Patienten:</u>		
terminal Kranke, Krebspatienten, Schmerzpatienten, Schädelhirntraumen mit komatösen Zuständen, Alzheimer- und Parkinsonpatienten, chron. Atemwegserkrankte mit Atemdepression		
	involvierte Pflegekräfte	Anzahl der getöteten Patienten
Konfrontation mit dem Patientenverlangen nach aktiver Sterbehilfe	25 - 33 %	
Konfrontation mit dem Wunsch nach Beihilfe zur Selbsttötung	Nicht bekannt	
Beteiligung an aktiver Sterbehilfe zusammen mit Ärzten	20% ~ 189 Schwestern	mindestens 189
Beteiligung an Aktiver Sterbehilfe in zwei oder mehr als zwei Fällen	148 Schwestern	mindestens 296
Aktive Sterbehilfe allein, ohne Wissen der Ärzte rund 5% derjenigen, die um Sterbehilfe gebeten wurden	2% - 16 Schwestern	mindestens 16
Aktive Sterbehilfe allein oder zusammen mit Ärzten - mit oder ohne Verlangen des Patienten	201 Schwestern	349
Einstellung lebensverlängernder Maßnahmen ohne ärztliches Wissen auf Verlangen der Patienten: keine Antibiotika mehr gegeben, Respirator abgeschaltet	4% ~ 38 Schwestern	80

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

Australische Studie von 1994

Tabellarische Darstellung der Ergebnisse einer australische Studie aus dem Jahr 1994 (275 befragte Schwestern) zu ihrer Beihilfe bzw. Beteiligung an verbotenen Sterbehilfehandlungen.

2. Studie 1994 - 275 befragte Schwestern		
	involvierte Pflegekräfte	Anzahl der getöteten Patienten
Beteiligung an aktiver Sterbehilfe zusammen mit Ärzten	5% ~ 13 Schwestern	mindestens 13 Patienten
Aktive Sterbehilfe allein, ohne Wissen der Ärzte	12% - 33 Schwestern oder 5% derjenigen, die um Sterbehilfe gebeten wurden	mindestens 33
Handlung aufgrund eines Teambeschlusses	1% ~ 2 Schwestern	mindestens 2
Über die Häufigkeit in Einzelfällen wurden in dieser Studie keine Angaben gemacht.		

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