



## **Inhaltsverzeichnis:**

1. Einleitung	S. 1
2. Ziel, Fragestellung und Aufbau	S. 2
3. Methodik	S. 3
4. Phänomen Patient*innentötungen	S. 6
4.1 Allgemeine Definition und Überblick	S. 6
4.2 Merkmale der Serientötungen im deutschen Sprachraum	S. 8
4.2.1 Täter*innen und Tatzeitraum	S. 8
4.2.2 Tatorte	S. 9
4.2.3 Opfer	S. 9
4.3 Ursachen der Serientötungen im deutschen Sprachraum	S. 9
4.3.1 Individuelle Faktoren	S. 10
4.3.2 Institutionelle Rahmenbedingungen	S. 11
4.3.3 Gesellschaftliche Hintergründe	S. 15
4.4 Zwischenbilanz	S. 16
5. Erklärungsansätze von Gewalt – Strukturelle Zwänge als Ursache?	S. 16
5.1 Frustrations-Aggressions-Hypothese	S. 18
5.2 Konzept der „Totalen Institutionen“	S. 21
6. Schweigen in den Institutionen	S. 25
6.1 Modell „Organizational Silence“	S. 26
6.2 „Organizational Silence“ und Patient*innentötungen	S. 28
7. Präventionsmaßnahmen	S. 32
7.1 Sensibilisierung und Wissensvermittlung	S. 33
7.2 Grenzen von Kontrollmaßnahmen	S. 33
7.3 Bewältigungsangebote	S. 34
7.4 Innovative Versorgungskonzepte unter Federführung von APN's	S. 36
7.5 „Voice Behavior“ und Fehlerkultur	S. 38

8. Fazit	S. 41
9. Anhang	S. 44
- Tabelle 1: Übersicht Gerichtsurteile und Rechercheverlauf	S. 44
- Tabelle 2: Übersicht Patient*innentötungen	S. 46
- Tabelle 3: Altersdurchschnitt der Opfer	S. 50
- Textbelege I: Kategorien institutioneller Rahmenbedingungen	S. 51
- Textbelege II: „Organizational Silence“	S. 71
10. Literaturverzeichnis	S. 76
11. Eidesstattliche Erklärung	S. 87

## **Tabellen- und Abbildungsverzeichnis:**

### **Tabellen:**

Tabelle 1: Übersicht Gerichtsurteile und Rechercheverlauf	S. 44
Tabelle 2: Übersicht Patient*innentötungen	S. 46
Tabelle 3: Altersdurchschnitt der Opfer	S. 50

### **Abbildungen:**

Abbildung 1: Kategorien institutioneller Rahmenbedingungen	S. 11
Abbildung 2: Dynamik „Organizational Silence“	S. 26

## **Abkürzungsverzeichnis:**

<b>APN's</b>	→	Advanced Practice Nurses
<b>CIRS</b>	→	Critical Incident Reporting System
<b>ITS</b>	→	Intensivstation / Intensivpflege
<b>i. v.</b>	→	Intravenös
<b>LG</b>	→	Landgericht
<b>M&amp;M-Konferenzen</b>	→	Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen
<b>PDL</b>	→	Pflegedienstleitung
<b>p. o.</b>	→	Per os (orale Gabe)
<b>s. c.</b>	→	Subkutan

## 1. Einleitung

Gewalt hat viele Gesichter und ist in unserer Gesellschaft leider allgegenwärtig. In Pflegeeinrichtungen und Kliniken aber erwarten wir keine Gewalt, weil diese als geschützte Räume und ihre Mitarbeiter\*innen als besonders fürsorglich gelten. Dennoch kommt es auch in der pflegerischen Versorgung immer wieder zur Ausübung von Gewalt (Maisch 1997; Deutscher Bundestag 2013; Billen 2014; Osterbrink & Andratsch 2015; Hirsch 2017). Die Tötung eines Menschen stellt dabei die „[...]“ stärkste Form von Gewalt innerhalb der pflegerischen Beziehung dar [...]“ (Andratsch et al. 2014: 1188).

In Deutschland sorgte zuletzt der Fall „Niels H.“ für großes Aufsehen. Der Krankenpfleger gestand 2015 in einem Gerichtsverfahren, in der Zeit von 2003 bis 2005 auf der Intensivstation des Delmenhorster Klinikums 30 Patient\*innen mit dem Medikament Gilurymal umgebracht zu haben. Die Polizei ging sogar von über 170 Verdachtsfällen aus (Jüttner 2015). Derartige Fälle widersprechen in besonderem Maße dem berufsethischen Konzept des geschützten Vertrauensverhältnisses zwischen Patient\*innen bzw. Bewohner\*innen und Pflegenden in Institutionen des Gesundheitswesens (Maisch 1997).

Für die Presse sind Fälle von Patient\*innentötungen durch Pflegepersonal ein gefundenes Fressen: Schlagzeilen wie „Nach 50 Toten hörte er auf zu zählen“ (Hinrichs 2014), „Das ist der Todespfleger von Delmenhorst“ (Weiner & Ley 2014) oder „[...]“ größter Serienmörder der Nachkriegszeit“ (Seng & Krogmann 2015) sprechen für sich. In der Berichterstattung werden Patient\*innentötungen als seltene Einzelphänomene und als Ausdruck individueller Verstörtheit und Börsartigkeit der Täter\*innen abgetan. Ein Interesse an den Ursachen und Hintergründen dieses Phänomens besteht kaum (Maisch 1997; Osterbrink & Andratsch 2015).

Dabei ist bekannt, dass es in den westlichen Ländern seit den siebziger Jahren zahlreiche Fälle von Patient\*innentötungen gab und die Dunkelziffer hoch ist (Maisch 1997). Allein im deutschsprachigen Raum lassen sich zehn Tötungsserien mit 111 vollendeten Tötungen nachweisen (Verdachtsmomente gab es in über 300 Fällen) (Beine 2011; Beine & Turczynski 2017). Ein Forschungsteam der Universität Witten-Herdecke kommt 2015 im Rahmen einer – wenn auch umstrittenen (Maier & Schweitzer 2017) – Studie zur Arbeitssituation in medizinischen und pflegerischen Berufen sogar zu dem Ergebnis, dass pro Jahr mehr als 21 000 Menschen in deutschen Kliniken und Pflegeheimen getötet werden und dass eine Vielzahl der Mitarbeitenden von diesen Tötungen zumindest gehört hat (Beine & Turczynski 2017: 10ff.).

Deshalb darf dieses Phänomen nicht weiter tabuisiert werden (Osterbrink & Andratsch 2015), zumal die jeweiligen Patient\*innentötungen sich nicht mit den besonderen individuellen Motivationslagen der Täter\*innen abschließend erklären lassen, sondern in einem

multifaktoriellen Bedingungs-zusammenhang stehen, in dem auch institutionelle und gesellschaftliche Ursachen eine wichtige Rolle spielen (Maisch 1997; Richter & Sauter 1997; Schreiner 2001; Beine 2011). Gerade unter Präventionsgesichtspunkten ist es dringend geboten, die institutionellen Ursachen dieses Phänomens genauer zu untersuchen. Denn – im Gegensatz zu individuellen und gesellschaftlichen Faktoren – lassen sich diese durch Einführung von wissenschaftlich fundierten Präventionsmaßnahmen vergleichsweise einfach verändern. Zudem mangelt es an einer theoretischen Fundierung der institutionellen Ursachen.

Dass die Institutionen in der Verantwortung stehen, zeigt exemplarisch der Fall „Niels H.“, in dem erstmals auch gegen andere Klinikmitarbeiter\*innen wie Pflegekräfte, Stationsleitungen und Oberärzt\*innen Anklage wegen Totschlags durch Unterlassen erhoben wurde (Bingener 2016; Die Schwester Der Pfleger 2016), weshalb der Sonderausschuss „Stärkung der Patientensicherheit und des Patientenschutzes“ des Niedersächsischen Landtages vor allem organisationsbezogene Veränderungen forderte (Niedersächsischer Landtag 2016). Aber auch die Gesamtschau aller bekannten Fälle im deutschsprachigen Raum zeigt, dass zum einen die inneren Strukturen von Institutionen, die Situation im Team und das Führungsverhalten die Taten begünstigen (Maisch 1997; Schübler & Schnell 2010; Beine 2011) und zum anderen Patient\*innentötungen durch Pflegeeinrichtungen und Kliniken trotz in vielen Fällen bestehender Verdachtsmomente nicht oder zu spät unterbunden werden.

Sowohl bei der Untersuchung möglicher institutioneller Ursachen als auch bei der Entwicklung geeigneter Präventionsmaßnahmen bedürfen die Pflegeeinrichtungen und Kliniken der Unterstützung durch die Pflegewissenschaft, die dem Phänomen Patient\*innentötung unabhängig vom jeweiligen Einzelfall unter Heranziehung einer Vielzahl unterschiedlicher wissenschaftlicher Erklärungsansätze nachgehen kann. Einen Beitrag hierzu leistet die vorliegende Bachelor-Thesis.

## **2. Ziel, Fragestellung und Aufbau**

Ziel der Bachelor-Thesis ist es, die Verantwortung von Kliniken und Pflegeeinrichtungen für das Phänomen der Patient\*innentötungen darzulegen. Dazu werden mögliche institutionelle Ursachen untersucht und eine theoretische Fundierung des Phänomens aus institutioneller Perspektive angestrebt. Außerdem sollen geeignete Präventionsansätze angedacht werden. Deshalb soll folgenden Fragenkomplexen nachgegangen werden:

[1] Welche institutionellen Rahmenbedingungen sind Patient\*innentötungen in den bekannten Fällen aus dem deutschen Sprachraum vorausgegangen und haben diese begünstigt? Warum sind diese trotz vorhandener Verdachtsmomente nicht bald unterbunden worden?

[2] Lassen sich die institutionellen Ursachen der Patient\*innentötungen mit Ansätzen aus der Psychologie, Soziologie oder Organisationstheorie theoretisch erklären?

[3] Welche Präventionsmaßnahmen lassen sich aus den Ergebnissen ableiten?

Diese Fragenkomplexe spiegeln sich auch im Aufbau der Arbeit wider: Im ersten Schritt wird nach einer kurzen Erläuterung des methodischen Vorgehens (3.) das Phänomen Patient\*innentötungen näher beleuchtet. Dabei werden insbesondere die Merkmale und Ursachen von Patient\*innentötungen erörtert (4.). Im zweiten Schritt werden Theorien zur Entstehung von Gewalt (5.) und zum organisationalen Schweigen diskutiert (6.). Mithilfe der so gewonnenen Einsichten werden in einem dritten Schritt Präventionsmaßnahmen angedacht (7.). Die Arbeit schließt mit einem Fazit (8.).

In dieser Bachelor-Thesis werden die Begriffe Organisation und Institution synonym verwendet. Sie bezeichnen – entsprechend dem institutionalen Organisationsbegriff – zielgerichtete, soziale Systeme mit formalen Strukturen (Schulte-Zurhausen 2014: 1), die einen gesellschaftlichen Auftrag erfüllen. Unter diese Begriffe fallen sowohl Pflegeeinrichtungen als auch Krankenhäuser. Das entspricht zum einen dem alltäglichen Sprachverständnis: Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser werden sowohl als Organisationen als auch als Institutionen apostrophiert. Zum anderen dienen beide Begriffe zur Analyse von ähnlichen Erscheinungen in der sozialen Wirklichkeit und beschreiben geregelte Kooperationen von Menschen (Gukenbiehl 2016: 173ff.; Schwarz 2009a).<sup>1</sup>

### 3. Methodik

Bei der Bearbeitung der soeben dargestellten Fragestellung wurden folgende Methoden angewendet: In einem ersten Schritt wurde eine Literaturrecherche im GVK-PLUS-Katalog und in den Datenbanken SOWIPORT und CINAHL durchgeführt. Um einen Überblick über das Phänomen Patient\*innentötungen zu erlangen, wurde mit den Suchbegriffen (1) (Patiententötung\* OR Krankentötung\*) bzw. (1\*) (serial\* murder\*) AND (health\*) bzw. (1\*\*) (homicide\*) AND (patient\*) gesucht. Da sich die so recherchierte Literatur jedoch nicht mit theoretischen Begründungsansätzen für institutionelle Ursachen von Patient\*innentötungen beschäftigte, wurde die Suche auf folgende Begriffskombinationen erweitert: (2) (Gewalt\* OR Aggressi\*) AND (Institution\* OR Organisation\*) bzw. (2\*) (violence\* OR abuse\*<sup>2</sup> OR

---

<sup>1</sup> In den Sozial- und Wirtschaftswissenschaften werden diese beiden Begriffe häufig nicht einheitlich definiert. Für diese Arbeit ist eine Vertiefung der Unterschiede und Gemeinsamkeiten von Organisations- und Institutionstheorien aber nicht zielführend. Ausführlich beispielsweise Gukenbiehl (2016: 173ff.) oder Vester (2009: 105ff.).

<sup>2</sup> Im Englischen ist der Begriff „abuse“ üblicher als „violence“, wenn es um Gewalt an Patient\*innen bzw. Bewohner\*innen geht (ZQP 2015: 12).

aggressi\*) AND (institution\* OR organisation\* OR organization\*).^3 Da das Schweigen in den Institutionen erst eine Serie von Tötungen ermöglichte, wurde auch mit den Begriffskombinationen (3) (Schweigen\*) AND (Institution\* OR Organisation\*) bzw. (3\*) (silence\*) AND (institution\* OR organisation\* OR organization\*) gesucht. Die Ergebnisse dieser beiden Suchläufe wurden ggf. schließlich weiter (AND) mit den Begriffen (Krankenh\* OR Klinik\* OR Altenheim\* OR Pflege\*) bzw. (hospital\* OR nursing\* OR health\*) eingegrenzt. Bei allen Suchläufen wurde eine erste Auswahl aufgrund der Titel der Suchergebnisse getroffen. Dann wurde diese Auswahl mithilfe von Abstracts, Gliederungsübersichten oder durch kursorische Lektüre verfeinert. Darüber hinaus wurde händisch in der Martha-Muchow-Bibliothek der Staats- und Universitätsbibliothek Hamburg im Bereich „Aggressionsforschung“ und „Organisationspsychologie“ recherchiert. Schließlich wurde die Literaturrecherche durch die Anwendung des Schneeballsystems und eine Recherche bei Google Scholar ergänzt.

In einem zweiten Schritt wurden die zehn bekannten Fälle von Patient\*innentötungen im deutschen Sprachraum mithilfe von Methoden der qualitativen Sozialforschung untersucht. Dabei wurde eine Dokumenten- bzw. Aktenanalyse (Wolff 2013: 502ff.; Flick 2014: 321ff.) von fünf Gerichtsurteilen durchgeführt. Zwei der Urteile (LG Kempten 2006; LG Berlin 2007) waren frei über die juristischen Datenbanken Juris und Jurion abrufbar. In den anderen acht Fällen wurden bei den zuständigen Staatsanwaltschaften schriftliche Anträge auf Akteneinsicht zu wissenschaftlichen Zwecken gestellt. Auf diesem Weg konnte lediglich Einsicht in drei weitere Urteile (LG Wuppertal 1976; LG Wuppertal 1989; LG Oldenburg 2015) genommen werden<sup>4</sup>. In den anderen fünf Fällen war eine Akteneinsicht aus unterschiedlichen Gründen nicht möglich (Übersicht der Gerichtsurteile und des Rechercheverlaufs siehe Tabelle 1, Anhang S. 44). Um dennoch alle bekannten Fälle untersuchen zu können, wurden überdies die Darstellungen der Fälle bei *Beine* (2011: 93ff.) und *Beine und Turczynski* (2017: 23ff.) herangezogen. Deren Fallstudien erstrecken sich sowohl auf die Abläufe der Ermittlungsverfahren als auch auf die Urteile, im Fall „Niels H.“ sogar auf den Prozessverlauf und auf den Inhalt persönlicher Gespräche der Autor\*innen mit dem Täter.

Diese Urteile und Fallstudien wurden einer qualitativen Inhaltsanalyse, angelehnt an *Mayring* (2013 & 2015), unterzogen<sup>5</sup>. So konnten verschiedene Kategorien von möglicherweise tatbegünstigenden institutionellen Rahmenbedingungen gebildet werden (siehe 4.3.2). Darüber

---

<sup>3</sup> Dieser Suchbegriff wurde verwendet, weil eine Tötung eine Form von Gewalt bzw. Aggression ist. Erklärungsansätze für Gewalt bzw. Aggression können deshalb naheliegend auf das Phänomen Patient\*innentötungen übertragen werden.

<sup>4</sup> Anonymisierte Kopien der Urteile wurden der Autorin kostenfrei von den zuständigen Staatsanwaltschaften zugesandt. Diese dürfen lediglich für die beantragten Zwecke verwendet und nicht an Dritte weitergegeben werden.

<sup>5</sup> Bei der in der sozialwissenschaftlichen Literatur häufig genannten Dokumenten- bzw. Aktenanalyse handelt es sich – streng genommen – nicht um eine Methode qualitativer Sozialforschung, weil sie nur den Forschungsgegenstand, nicht aber das Untersuchungsverfahren vorgibt (Wolff 2013).

hinaus wurden die Urteile und Fallstudien auch rein quantitativ betrachtet (beispielsweise Erfassung der Anzahl der Tötungen, des Tatzeitraums und der Persönlichkeitsmerkmale der Täter\*innen). Schließlich wurden die Urteile und Fallstudien nach Zitaten durchsucht, die Anhaltspunkte dafür geben, ob bestimmte theoretische Erklärungsansätze für die Entstehung oder das Verschweigen von Gewalt auf das Phänomen der Patient\*innentötungen übertragen werden können (siehe 5. und 6.)<sup>6</sup>.

Das hier gewählte Vorgehen geht mit verschiedenen Problemen und Limitationen einher: So sind Gerichtsurteile als Belege nur beschränkt geeignet. Denn sie stellen eine „[...] spezifische Version von Realitäten dar, die für bestimmte Zwecke konstruiert wurde [...]“ (Flick 2014: 327). So wird in den Gerichtsverfahren die individuelle Schuld von Täter\*innen und nicht von Institutionen thematisiert. Aus dem Fehlen von Angaben zu tatbegünstigenden institutionellen Rahmenbedingungen kann deshalb nicht auf das Fehlen solcher Rahmenbedingungen geschlossen werden. Auch die in dem Urteil wiedergegebenen Zeug\*innenaussagen sind mit Vorsicht zu betrachten: Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass Zeug\*innen, um nicht selbst als verantwortlich für die Tat zu erscheinen, das Geschehen unzutreffend wiedergeben, insbesondere angeben, nichts Auffälliges bemerkt zu haben<sup>7</sup>. Darüber hinaus werden Zeug\*innenaussagen in Urteilen häufig nicht wörtlich wiedergegeben, sondern von dem Gericht zusammengefasst, was zu weiteren Verzerrungen führt. Schließlich werden nicht alle Zeug\*innenaussagen aus dem Ermittlungsverfahren und der Hauptverhandlung in dem Urteil erwähnt<sup>8</sup>. Ein besonderes Problem ergibt sich schlussendlich aus den von den Staatsanwaltschaften vorgenommenen Anonymisierungen, weil diese dazu führen, dass Referenzierungen nicht immer nachvollziehbar sind, sodass wichtige Zusammenhänge verloren gehen (Wolff 2013).

Soweit auf die Zusammenfassungen von *Beine* (2011: 93ff.) und *Beine und Turczynski* (2017: 23ff.) zurückgegriffen wurde, kommt ein weiteres Problem hinzu: Es kann nicht nachvollzogen werden, ob diese die Sachverhalte vollständig und zutreffend wiedergeben. Naheliegender haben diese den Schwerpunkt in ihren Zusammenfassungen auf die für ihr spezifisches Erkenntnisinteresse relevanten Teile des Sachverhalts gelegt, dadurch aber andere Teile des Sachverhalts, die für diese Arbeit von Interesse sein mögen, vernachlässigt.

Im Hinblick auf die Qualität der Daten wären Interviews mit den Täter\*innen, ihren Kolleg\*innen und/oder ihren Vorgesetzten der Akten- und Fallstudienanalyse vorzuziehen

---

<sup>6</sup> Diese Zitate können aufgrund des schieren Umfangs der Urteile – über 602 Seiten und 824 Randnummern – in der vorliegenden Arbeit nicht vollständig wiedergegeben werden.

<sup>7</sup> Genauso gut kann es – vor dem Hintergrund der geständigen Einlassung der Angeklagten – zu Übertreibungen durch die Zeug\*innen kommen.

<sup>8</sup> Dasselbe gilt selbstredend auch für andere Beweismittel.

gewesen. Aufgrund der starken Tabuisierung der Thematik musste allerdings davon ausgegangen werden, dass sich hierfür keine Gesprächspartner\*innen zur Verfügung gestellt hätten, zumal in einigen Fällen noch Ermittlungsverfahren gegen Klinikmitarbeitende anhängig sind. Überdies hätte die Anfahrt zu Gesprächspartner\*innen im gesamten deutschsprachigen Raum den zeitlichen und organisatorischen Rahmen der Bachelor-Thesis überstiegen. Andere Fälle liegen schließlich zeitlich so weit zurück, dass fraglich ist, ob mögliche Gesprächspartner\*innen überhaupt noch zur Verfügung stehen und sich an das Tatgeschehen erinnern können.

#### **4. Phänomen Patient\*innentötungen**

Im folgenden Abschnitt wird das Phänomen Patient\*innentötung definiert. Außerdem werden Merkmale und Ursachen der Tötungsserien im deutschsprachigen Raum, wie sie mithilfe der Akten- und Fallstudienanalyse ermittelt wurden, vorgestellt.

##### **4.1 Allgemeine Definition und Überblick**

Von Patient\*innen- oder auch Krankentötungen<sup>9</sup> spricht man, wenn das Leben von Patient\*innen bzw. pflegebedürftigen Personen durch Mitarbeitende aus dem Gesundheitswesen heimlich, aktiv und ohne das Verlangen der Betroffenen beendet wird (Osterbrink & Andratsch 2015: 67). Dabei handelt es sich um ein internationales und neuzeitliches Phänomen, das seit den siebziger Jahren in verschiedenen westlichen Ländern beobachtet wird. Aus früheren Zeiten sind Serientötungen von Patient\*innen bzw. pflegebedürftigen Menschen hingegen nicht bekannt. Tötungen durch Angehörige helfender Berufe im Nationalsozialismus waren Bestandteil der Euthanasieprogramme. Sie wurden diktatorisch eingefordert und nicht vor den Kolleg\*innen verheimlicht (Maisch 1997: 98 und 390ff.). Deshalb betonen *Kizer* und *Yorker* (2010), dass das Phänomen Patient\*innentötungen nicht mit Euthanasie verwechselt werden darf.

Eine Studie von *Yorker et al.* (2006) zeigt, dass zwischen 1970 und 2006 weltweit 52 Täter\*innen aus Gesundheitsberufen wegen Tötungsdelikten verurteilt wurden. Dabei waren die Täter\*innen in erster Linie Mitarbeitende aus der Pflege (86%), gefolgt von Ärzt\*innen (12%) und medizinischen Assistenzberufen (2%). Die Täter\*innen werden überwiegend als besonders engagiert und qualifiziert beschrieben. Sie waren davon überzeugt, richtig zu handeln, und gaben an, dass sie die Patient\*innen bzw. Bewohner\*innen von ihrem Leiden erlösen wollten (Maisch

---

<sup>9</sup> In dieser Arbeit wird der Begriff Patient\*innentötung dem Begriff Krankentötung vorgezogen, da jener Begriff sowohl in der Fachliteratur als auch im öffentlichen Diskurs dominiert. Die deutschsprachigen Fälle haben außerdem fast ausschließlich Tötungsserien in Krankenhäusern zum Gegenstand, während Tötungsserien an Bewohner\*innen von stationären Pflegeeinrichtungen eher selten sind (Beine 2011; Beine & Turczynski 2017).

1997: 128 und 185). Dabei waren sie voll schulfähig und nicht psychisch krank (Beine 2011: 354)<sup>10</sup>.

In der englischsprachigen Literatur wird das Phänomen meist „Health Care Serial Murder (HCSM)“ (siehe z.B. Kizer & Yorker 2010; Sullivan 2009) genannt<sup>11</sup>. Die englische Bezeichnung macht deutlich, dass das Phänomen stets eine *Serie* von mindestens zwei oder mehreren Tötungen voraussetzt. Meist kommt es sogar zu einer Vielzahl von Tötungen (Maisch 1997: 98ff.; Kizer & Yorker 2010). Laut einer internationalen Studie von *Beine* (2011: 348) zu 36 Tötungsserien<sup>12</sup> zwischen 1975 und 2010 variiert die Zahl der nachgewiesenen Opfer der einzelnen Täter\*innen zwischen zwei und 50. Diese Vielzahl von Tötungen ist besonders vor dem Hintergrund, dass sich der Tatzeitraum häufig über mehrere Jahre erstreckt, brisant (Maisch 1997: 119).

Patient\*innentötungen zeichnen sich dadurch aus, dass der Tatort zugleich die Arbeitsstelle der Täter\*innen ist und das Tötungsdelikt während der Berufsausübung begangen wird. Alle bekannten Fälle sind im institutionellem Bereich angesiedelt, also in Pflegeheimen und Kliniken (Beine 2011: 364ff. & 2014). Hier sind wiederum besonders häufig die „[...] sensible[n] Bereiche der medizinischen Versorgung und Pflege [...]“ (Maisch 1997: 111) betroffen, also Intensivstationen, onkologische Stationen oder Stationen für Innere Medizin, welche einen hohen Anteil hochbetagter und multimorbider Patient\*innen aufweisen. Und so sind auch die Opfer häufig hochbetagt und multimorbide<sup>13</sup>, aber keineswegs sterbenskrank (Beine 2011: 350). Als Tötungsmethode bedient sich die Mehrzahl der Täter\*innen der intravenösen Verabreichung hochdosierter Medikamente. Typisch sind Sedativa, Narkotika, Digitalisglykoside, Antihypertonika, Insulin oder Kalium. Selten kommen auch Gifte (z.B. Arsen) zum Einsatz. Andere Methoden sind das Abschalten der Beatmung, Luftinjektionen oder das Einflößen von Wasser in die Luftröhre bei Patient\*innen ohne Abwehrreaktionen (Maisch 1997: 132; Rotondo 2006; Beine 2011: 360).

Betrachtet man Tötungsmethoden und Tatorte, wird deutlich, warum die Tötungen zunächst unbemerkt bleiben: In Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern werden Tötungen durch professionelle Helfer schlichtweg nicht erwartet, zumal dort natürliches Sterben häufig vorkommt. Außerdem sind Tötungshandlungen nur schwer zu erkennen, weil sie sich in ihrem

---

<sup>10</sup> Ausnahme: „Reinhard B.“ war psychisch erheblich gestört und somit vermindert schulfähig (Beine 2011: 139 und 354).

<sup>11</sup> *Beine* (2003) verwendet im International Journal of Law and Psychiatry den Terminus „homicides of patients in hospitals and nursing homes“. Dieser hat sich jedoch nicht durchgesetzt.

<sup>12</sup> Auswertung von 36 Tötungsserien aus: USA, Japan, Brasilien, Niederlande, Frankreich, Norwegen, England, Italien, Tschechien, Finnland, Österreich, Schweiz und Deutschland (Beine 2011).

<sup>13</sup> *Maisch* (1997: 121) betont in seiner Fallstudie, dass die Auswahl der Opfer auch vom Schweregrad ihrer Erkrankung und ihrem Lebensalter bestimmt wird. So waren die meisten Opfer 70 bis 80 Jahre alt (Range: 62 – 95) und litten unter mindestens vier chronischen Erkrankungen gleichzeitig.

äußeren Erscheinungsbild von pflegerischen Interventionen nicht unterscheiden. Eine Chance zur Aufdeckung von Patient\*innentötungen wird schließlich verspielt, wenn Leichenschauen nur oberflächlich durchgeführt werden (Rotondo 2006; Beine 2011: 368f.).

Dennoch muss in vielen Fällen davon ausgegangen werden, dass Mitarbeitende und Vorgesetzte von den Tötungen wussten. Dafür spricht der Sprachgebrauch, der auf den betroffenen Stationen bzw. Wohnbereichen herrschte. Sprachliche Auffälligkeiten im Sinne einer besonders abfälligen und inhumanen Kommunikation sind bei nahezu allen Täter\*innen belegt. In vielen Teams wurden die Täter\*innen überdies mit Spitznamen wie „angel of death“, „Hexe“ oder „Vollstrecker“ angesprochen (Maisch 1997: 162ff.; Schüßler & Schnell 2010; Beine 2011: 356ff.).

Für das Phänomen der Patient\*innentötungen ist es also auch kennzeichnend, dass Warnzeichen<sup>14</sup> übersehen werden, Verleugnungs- und Beschwichtigungsrituale zum Einsatz kommen, Aufdeckungsbarrieren bestehen und deshalb über das Problem in den Institutionen geschwiegen wird (Maisch 1997: 161ff.; Rotondo 2006; Beine 2011: 377ff. und 393ff.).

## **4.2 Merkmale der Serientötungen im deutschen Sprachraum<sup>15</sup>**

Im Folgenden werden einige zentrale Merkmale der zehn Tötungsserien im deutschen Sprachraum dargestellt. Weiterführende Angaben und Kennzahlen können der Tabelle 2 im Anhang entnommen werden (S. 46).<sup>16</sup>

### **4.2.1 Täter\*innen und Tatzeitraum**

Sämtliche Täter\*innen (n = 13) in den untersuchten Tötungsserien (n = 10) gehören *ausschließlich* der Berufsgruppe der Pflegenden an. Deshalb lautet das Thema dieser Arbeit auch Patient\*innentötungen durch Pflegepersonal. Die Anzahl der Täter\*innen übersteigt die Zahl der Tötungsserien, da im Fall am Lainzer Krankenhaus in Wien vier Stationsgehilfinnen an den Tötungen beteiligt waren. Bei den meisten Täter\*innen handelt es sich aber um examiniertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal (n = 8), von denen sich zwei durch eine Fachweiterbildung im Bereich Intensivpflege weiter qualifiziert hatten. Eine Täterin war als

---

<sup>14</sup> Täter\*innenspezifische Frühwarnzeichen sind beispielsweise die Häufung von Todesfällen während der Arbeitszeit einer Pflegekraft, auffällige Vorhersagen über den Todeseintritt oder die eigenmächtige Handhabung von nicht verordneten Medikamenten. Umgebungsspezifische Frühwarnzeichen sind Fehlbestände bei Arzneimitteln oder alarmierende Spitznamen (Beine 2011: 393f.).

<sup>15</sup> Die Darstellungen entstammen den eingesehenen Gerichtsurteilen (LG Wuppertal 1976 & 1989; LG Kempten 2006; LG Berlin 2007; LG Oldenburg 2015) und den Fallstudien von *Beine* (2011: 93ff.) und *Beine und Turczynski* (2017: 23ff.).

<sup>16</sup> Es würde den Rahmen der vorliegenden Arbeit weit übersteigen, wenn die Tötungsserien einzeln dargestellt würden. Bei Interesse können ausführliche und anschauliche Ausführungen nachgelesen werden (Beine 2011; Beine & Turczynski 2017).

Altenpflegehelferin ausgebildet. Zwei der Täter\*innen hatten eine Leitungsfunktion<sup>17</sup>. 46% der Täter\*innen waren männlich (n = 6), 54% weiblich (n = 7)<sup>18</sup>. Vor dem Hintergrund, dass in den Pflegeberufen der Frauenanteil mit 83% besonders hoch ist (Bundesagentur für Arbeit 2011: 8), übersteigt der Anteil der männlichen Täter\*innen die zu erwartende Geschlechterverteilung. Die Täter\*innen sind bei ihrer Verurteilung im Durchschnitt ca. 36,5 Jahre alt (Range: 28 – 55). Der Tatzeitraum der Täter\*innen variiert zwischen vier Tagen und hin zu sieben Jahren.

#### 4.2.2 Tatorte

Der Tatort lag bei acht der Tötungsserien in Deutschland und bei jeweils einer Tötungsserie in Österreich und der Schweiz. Sieben der Tötungsserien geschahen in Krankenhäusern, zwei in Altenpflegeeinrichtungen und eine sowohl in der stationären Altenpflege als auch im klinischen Setting. Bei den Vorfällen in Krankenhäusern sind vorwiegend Intensivstationen (n = 4) oder Abteilungen der Inneren Medizin (n = 3) betroffen.

#### 4.2.3 Opfer

Die Zahl der *nachgewiesenen* Tötungsopfer der einzelnen Täter\*innen liegt zwischen zwei und 27. Insgesamt konnten 111 vollendete Tötungen *belegt* werden<sup>19</sup>. Zudem kam es zu drei Tötungen auf Verlangen<sup>20</sup>. Die Opfer waren in der Regel multimorbide, jedoch nicht präfinale Patient\*innen bzw. Bewohner\*innen. Der Altersdurchschnitt der Opfer je Tötungsserie ist Tabelle 3 im Anhang (S. 50) zu entnehmen.

### 4.3 Ursachen der Serientötungen im deutschen Sprachraum<sup>21</sup>

Patient\*innentötungen treten nicht zufällig auf. Vielmehr liegt ihnen ein multifaktorieller Ursachenzusammenhang zugrunde (Maisch 1997; Richter & Sauter 1997; Schreiner 2001; Beine 2011). Obwohl mögliche individuelle und gesellschaftliche Ursachen nicht im Interessenfokus dieser Arbeit stehen, sollen sie kurz erörtert werden, weil aus ihnen Handlungsaufträge für die Institutionen abgeleitet werden können.

---

<sup>17</sup> „Rudi Z.“ war zunächst als Heimleitung, später als Stationsleitung angestellt. „Michaela R.“ war zunächst Stationsleitung, später agierte sie als stellvertretende Pflegedienstleitung.

<sup>18</sup> Aus einer *internationalen* Fallstudie zu 36 Tötungsserien ergab sich folgendes Bild: 58% der Täter\*innen waren männlich, 42% weiblich (Beine 2011: 354).

<sup>19</sup> Verurteilung wegen Mordes oder Totschlags.

<sup>20</sup> Fall „Michaela R.“ (LG Wuppertal 1989), Fall „Stephan L.“ (LG Kempten 2006) und Fall „Michaela G.“ (Beine 2011: 266).

<sup>21</sup> Die Darstellungen entstammen den eingesehenen Gerichtsurteilen (LG Wuppertal 1976 & 1989; LG Kempten 2006; LG Berlin 2007; LG Oldenburg 2015) und den Fallstudien von *Beine* (2011: 93ff.) und *Beine und Turczynski* (2017: 23ff.).

#### 4.3.1 Individuelle Faktoren

Bei der Suche nach Ursachen, die in der Person des\*der Täter\*in begründet sind, sind zwei grundlegende Fragen zu beantworten: [1] Welche Motive waren tatentscheidend? [2] Liegen spezielle Persönlichkeitsmerkmale und/oder Problemlagen bei den Täter\*innen vor?

Bis auf „Niels H.“ geben alle Täter\*innen im deutschen Sprachraum an, getötet zu haben, um Patient\*innen bzw. Bewohner\*innen von ihrem Leiden zu erlösen. Bei genauer Betrachtung der Fälle erscheint eine Motivation durch Mitleid jedoch nicht überzeugend. So war das Pflegeverhältnis in der Regel nur von kurzer Dauer, zwischen Aufnahme und Tötung liegen in den meisten Fällen nur ein bis drei Tage. In einigen Fällen kannten die Täter\*innen das Opfer sogar erst seit wenigen Stunden. Teilweise kam es zu mehreren Tötungen pro Schicht<sup>22</sup>. Der Sterbeprozess wurde also nicht angemessen und professionell begleitet. Außerdem hatte eine Vielzahl von Opfern ihren Lebenswillen zum Ausdruck gebracht. Zudem gingen die Tötungsmethoden in einigen Fällen mit zusätzlichen Leiden für die Patient\*innen einher. Dies wird besonders deutlich bei der Tötungsserie am Lainzer Krankenhaus in Wien. Die Stationsgehilfinnen hatten das Pflegesetting der Mundpflege missbraucht, um ihren Opfern Wasser in die Luftröhre einzuflößen, was zum Tod durch Ersticken führt (Beine 2011: 360ff.)

Vielmehr muss also davon ausgegangen werden, dass die Täter\*innen ihr eigenes Unbehagen auf die Opfer projizierten, weshalb ihnen das Leiden der Patient\*innen stärker erschien, als es tatsächlich war. In der Folge kommt es zu einem Grenzverlust, d.h. der\*die Täter\*in unterscheidet nicht mehr zwischen Mitleid und Selbstmitleid. *Beine* (2011: 381ff.; 2014) spricht in diesem Zusammenhang treffend vom „verschobenen Selbstmitleid“.

„Niels H.“ hat hingeben angegeben, aus Geltungsbewusstsein und dem Bedürfnis nach einem „Adrenalin-Kick“ (LG Oldenburg 2015: 35) gehandelt zu haben. Er versetzte die Patient\*innen medikamentös mutwillig in eine reanimationspflichtige Situation, um sich „[...] als Retter in Szene zu setzen [...]“ (ebd.: 35). Den Tod der Patient\*innen nahm er dabei billigend in Kauf.

Alle Täter\*innen weisen eine ausgeprägte Selbstunsicherheit auf. Es liegt nahe, dass dieses Persönlichkeitsmerkmal bereits für die Entscheidung, einen helfenden Beruf zu ergreifen, entscheidend war, die Täter\*innen sich wegen des hohen Ansehens der Gesundheitsberufe in der Gesellschaft eine Aufwertung des eigenen Selbstwertgefühls erhofft haben (Beine 2014). Bei einigen Täter\*innen wurden überdies psychische Auffälligkeiten gemäß ICD-10 diagnostiziert<sup>23</sup>. Bei der Analyse der Tötungsserien fällt schließlich auch auf, dass viele der

---

<sup>22</sup> „Wolfgang L.“, „Michaela R.“ und „Stephan L.“ töteten zwei Patient\*innen pro Schicht; „Reinhard B.“ sogar drei (Beine 2011: 360f.).

<sup>23</sup> „Niels H.“: zwanghaft paranoide Persönlichkeitsstörung, Angst- und depressive Störung, Benzodiazepinabhängigkeit (LG Oldenburg 2015: 36); „Irene B.“: Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen,

Täter\*innen private Probleme hatten<sup>24</sup>. Dennoch waren alle Täter\*innen – mit Ausnahme von „Reinhard B.“ – voll schuldfähig (Beine 2011: 354).

#### 4.3.2 Institutionelle Rahmenbedingungen

Auf Grundlage der qualitativen Inhaltsanalyse der Urteile und Fallstudien (siehe Methodik) konnten folgende acht Kategorien (siehe Abbildung 1) von Rahmenbedingungen, die in vielen der betroffenen Institutionen vorgeherrscht und die Taten womöglich begünstigt haben, gebildet werden (Textbelege für die einzelnen Kategorien sind beispielhaft im Anhang ab Seite 51 angeführt):



Abbildung 1: Kategorien institutioneller Rahmenbedingungen

Freilich existieren diese Kategorien nicht unabhängig voneinander, sondern bedingen sich gegenseitig, zumal die Übergänge häufig fließend sind.

zwanghaften und schizotypen Zügen (LG Berlin 2007: Rn. 109ff.); „Stephan L.“: narzisstische, ich-bezogene Persönlichkeit mit Zügen von Größenwahn (LG Kempten 2006: Rn. 476); „Roger A.“: narzisstische Persönlichkeitszüge (Beine 2011: 253).

<sup>24</sup> „Irene B.“: Scheidung (LG Berlin 2007: Rn. 4); „Niels H.“: Suchtprobleme, Tod des Vaters und einer nahestehenden Freundin (LG Oldenburg 2015: 5 und 7); „Stephan L.“: Beziehungsprobleme, kranke Partnerin (Beine 2011: 291); „Rudi Z.“: Scheidung, finanzielle Probleme (Lohnpfändung) (LG Wuppertal 1976: 17); „Reinhard B.“: Tod des Vaters, ausgeprägter Schmerzmittelkonsum (Beine 2011: 127f.); „Irene L.“: Pflege des schwerkranken Vaters (Beine 2011: 193); „Wolfgang L.“: unerfüllter Kinderwunsch, Suizidgedanken, Schlafstörungen (Beine 2011: 233 und 238).

Auf den Stationen bzw. Wohnbereichen, wo Patient\*innentötungen stattfanden, war die Arbeitsbelastung meist hoch<sup>25</sup> und die Personalsituation schlecht. Häufig kam es zu Überbelegungen bei einer ohnehin schon aufwendigen Patient\*innen- bzw. Bewohner\*innenstruktur. Der vorgegebene Personalschlüssel wurde selten erfüllt. Und das Pflegepersonal war nicht immer ausreichend qualifiziert. Von zwei der Täter\*innen („Michaela R.“, „Niels H.“) hätte zwar aufgrund ihrer zweijährigen Fachweiterbildung im Bereich Intensivpflege erwartet werden können, dass sie den Umgang mit einer herausfordernden Patient\*innenklientel gewohnt sind. In diesen Fällen war das pflegerische Personal aber häufig auf sich allein gestellt, weil es an einer konstanten ärztlichen Präsenz fehlte – ein Defizit auch in anderen Fällen: So war auf der operativen Intensivstation in Wuppertal während der Nachtstunden lediglich eine ärztliche Rufbereitschaft eingerichtet (LG Wuppertal 1989: 000029), auf der interdisziplinären Intensivstation in Rheinfelden gab es noch nicht mal einen eigenen Stationsarzt (Beine 2011: 115)<sup>26</sup>, in der Inneren Abteilung in Gütersloh vergingen oft Tage, bis dringend notwendige konsiliarische Untersuchungen durchgeführt wurden (Beine 2011: 210), und am Lainzer Krankenhaus in Wien kam es häufig vor, dass die Ärzt\*innen am Telefon erklärten „[...] sie könnten jetzt nicht kommen, die Schwestern sollten selber etwas tun [...]“ (Beine 2011: 195). Aufgrund der fehlenden ärztlichen Präsenz verwundert es nicht, dass in den betroffenen Institutionen kein angemessenes Schmerzmanagement durchgeführt wurde. Beispielsweise schilderte „Irene L.“, dass viele der Patienten „[...] nicht mit den nötigen schmerzstillenden Mitteln versorgt [wurden], weil der Chef dies nicht gewollt habe [...]“ (Beine 2011: 190). Für das Pflegepersonal war das – „[...] schreiende[...], verwirrte[...] und sich vor Schmerzen krümmende[...] Menschen [...]“ (Beine 2011: 187) – sehr belastend, zumal ihnen die Handlungskompetenz fehlte, um diesen Missstand selbst abzustellen.

In nahezu allen Institutionen, in denen es zu Patient\*innentötungen kam, wurde das Arbeitsklima als schlecht beschrieben, weil es immer wieder zu Konflikten kam und die Kommunikation zwischen und unter den verschiedenen Berufsgruppen schlecht war<sup>27</sup>. Viele Mitarbeitende fühlten sich nicht wertgeschätzt. Beispielsweise war bei den Mitarbeitenden in Gütersloh das Gefühl entstanden, ihre Station sei „[...] der ‚Mülleimer‘ der Klinik [...]“ (Beine 2011: 209).

---

<sup>25</sup> Beine (2011: 364ff.) argumentiert, dass die Arbeitsbelastung nicht in allen Fällen überdurchschnittlich hoch gewesen sei, weil es auch Mitarbeitende gab, die ihre Arbeitsbelastung als geringer als auf anderen Stationen beschrieben hätten. Und auch Osterbrink und Andratsch (2015: 115f.) gehen im „Fall Lainz“ nicht von einer überdurchschnittlich hohen Arbeitsbelastung aus, weil die Täterinnen nicht mehr Dienste als ihre Kolleg\*innen verrichtet hätten. Bei genauerer Betrachtung der Textbelege zeigt sich jedoch, dass diese Argumente keineswegs zwingend sind. So kann, wenn einige Kolleg\*innen ihre Arbeitsbelastung als normal einstufen, das auch ein Hinweis darauf sein, dass Personalmindeststandards und Bettenoberzahlen permanent nicht eingehalten werden. Und wenn eine Stationsgehilfin nur so lange wie vorgesehen arbeitet, kann das bei ständig unterbesetzten Diensten dennoch sehr belastend sein.

<sup>26</sup> Die Station wurde von einem der internistischen Oberärzte mitgeleitet.

<sup>27</sup> Aus in den Urteilen angegebenen Dienstzeiten der Pflegekräfte geht z. B. hervor, dass keine oder nur geringe Übergabezeiten (ca. 30 Minuten) vorgesehen sind (LG Kempten 2006: Rn. 12ff.; LG Wuppertal 1989: 000031).

Das Pflegepersonal der Intensivstation in Wuppertal bezeichnete sich selbst als „[...] kleine Lichter [...]“ (LG Wuppertal 1989: 000059), von der Chefärztin wurden Mitarbeitende gar als „[...] Ca (Krebs) an [ihren] [...] Füßen [...]“ (LG Wuppertal 1989: 000038) bezeichnet. Außerdem beklagten viele Pflegekräfte, dass sie kaum Einfluss auf den Behandlungsverlauf hätten, obwohl dies „[...] besonders dringlich gewesen [wäre] [...]“ (LG Wuppertal 1989: 000060). Diese Ausprägungen eines „negativen Arbeitsklimas“ waren auch eine Folge der starr hierarchischen Aufbauorganisation, wie sie für Institutionen des Gesundheitswesens typisch ist (Richter & Sauter 1997: 66ff.; Schlüchtermann 2011: 574ff.)<sup>28</sup>. So hob das *Landgericht Berlin* (2007) zutreffend hervor, „[...] dass die Arbeit auf der Station gekennzeichnet ist durch ein duales System, das die Hierarchie der Ärzteschaft trennt von der Pflege [...]“ (ebd.: Rn. 39). Und auch im Urteil des *Landgerichts Wuppertal* (1989) wird explizit der „[...] streng hierarchische Aufbau [...]“ (ebd.: 000037) der Station und Klinik erwähnt.

Ferner fällt auf, dass in den Institutionen, in denen es zu Patient\*innentötungen kam, ein überaus unangebrachter Sprachgebrauch üblich war und **nicht unterbunden wurde**. So gaben Kolleg\*innen den Täter\*innen makabre Spitznamen wie „Rettungs-Rambo“ (Beine & Turczynski 2017: 28), „Hexe“ (Beine 2011: 172) oder „Todesengel“ (LG Wuppertal 1989: 000107). Die Täter\*innen wiederum benutzten inhumane Wendungen, um vom Sterben von Patient\*innen bzw. Bewohner\*innen zu sprechen: „Der Patient ist abgekackt [...]“ (Beine 2011: 288), „[...] abgekratz[t] [...] [bzw.] hat jetzt den Löffel abgegeben [...]“ (LG Wuppertal 1989: 000076) oder „[...] ist schon in der Kiste [...]“ (Beine 2011: 213). „Rudi Z.“ kündigte nach einem Todesfall gegenüber einem Mitarbeiter an: „Morgen kannst du wieder einen herunterschleppen, dann habe ich wieder einen kaputt [...]“ (LG Wuppertal 1976: 44). Und über eine verstorbene Bewohnerin äußerte er: „Die können wir auch nackt hineinschmeißen (gemeint war: In den Sarg) [...]“ (LG Wuppertal 1976: 44). Auch gegenüber lebenden Bewohner\*innen war seine Ansprache inakzeptabel. So griff er einer Bewohnerin unter den Rock und sagte: „Komm, laß dich ficken [...]“ (LG Wuppertal 1976: 44). Und Ausdrücke wie „Arschloch“ oder „Drecksack“ waren für ihn gängige Bezeichnungen (LG Wuppertal 1976: 44). In vielen Institutionen war es üblich, dass Patient\*innen bzw. Bewohner\*innen geduzt (Beine 2011: 172) und bei höherem Alter mit „Oma“ oder „Opa“ angesprochen wurden (LG Wuppertal 1989: 000078). Dieser Sprachgebrauch ist nicht nur unangebracht, er stellt auch eine Form von psychischer Gewalt durch verbale Beschimpfungen und Beleidigungen dar (Galtung 1984: 10f.; Seidel 2007: 5; Osterbrink & Andratsch 2015: 44)<sup>29</sup>, die überdies ein Ausmaß erreicht hat, dass

---

<sup>28</sup> Die traditionell hierarchische Aufbauorganisation von Krankenhäusern wird in den meisten Bundesländern bereits durch die Landeskrankenhausesetze vorgegeben. Typisch sind eine funktionale Ausrichtung und eine Berufsgruppenorientierung. Üblicherweise kommt es aufgrund dieser funktionalen Organisation zu Schnittstellenproblemen (Schlüchtermann 2011: 574).

<sup>29</sup> Bei dem Beispiel mit dem Griff unter den Rock handelt es sich darüber hinaus auch um sexuelle Gewalt (Osterbrink & Andratsch 2015: 48f.).

sie nicht als Ausdruck von Bewältigungs- und Abwehrmechanismen beim Umgang mit existenziellen Grenzsituationen verständlich gemacht werden kann.

Darüber hinaus mangelte es in den Institutionen, in denen Patient\*innentötungen stattfanden, an angemessenen Bewältigungsstrukturen wie beispielsweise Supervisionen und Fall- oder Teambesprechungen. Lediglich im Urteil zum Fall „Wolfgang L.“ wurde festgestellt, dass es in der Klinik regelmäßig eine extern geleitete Balint-Gruppe<sup>30</sup> gab, an der auch „Wolfgang L.“ teilnahm (Beine 2011: 209).

Bei der Inhaltsanalyse wurde außerdem deutlich, dass die Häufigkeit der Tötungen im Rahmen einer Tötungsserie auch durch den Mangel an institutionellen Kontrollmechanismen begünstigt wird. Insbesondere wurde in keinem der Fälle der Medikamentenverbrauch kontrolliert oder die Todesfälle im Hinblick auf mögliche Gemeinsamkeiten untersucht. So fiel im Lainzer Krankenhaus niemandem auf, dass zwischen 1983 bis 1987 2495 Ampullen Rohypnol in der 1. Medizinischen Abteilung bestellt wurden, während eine vergleichbare Station lediglich 285 Ampullen des Medikaments orderte (Beine 2011: 179). Auch im Fall „Niels H.“ stieg der Gilurytmalverbrauch von 50 Ampullen im Jahr 2002 auf 380 Ampullen im Jahr 2004, obwohl dieses Medikament fast nie ärztlich verordnet wurde. Zugleich verdoppelten sich die Sterbefälle (LG Oldenburg 2015: 31). Auch Passwörter, welche den Zugang zur Freigabe der Medikamentenbestellung ermöglichten, wurden leichtsinnig weitergegeben (Beine & Turczynski 2017: 50), Kompetenzüberschreitungen (z. B. Gabe von nicht verordneten Betäubungsmitteln; eigener Vorrat an Betäubungsmitteln) wurden nicht geahndet und Leichenschauen unterblieben aus Gründen der Arbeitsbelastung ganz (Beine 2011: 179).

Die Auswertung der Urteile und Fallstudien zeigte schließlich, dass Pflichtverletzungen der Täter\*innen (Kompetenzüberschreitungen, Pflegefehler, aber auch die Patient\*innentötungen selbst) in vielen Fällen von Kolleg\*innen und/oder Vorgesetzten bemerkt wurden bzw. Kolleg\*innen und/oder Vorgesetzte über solche Pflichtverletzungen informiert wurden. Dies geschah häufig nur mit Verzögerung, weil viele Mitarbeitende lange nicht den Mut hatten, anderen ihre Beobachtungen mitzuteilen. So vergingen im Fall an der Charité beispielsweise zwei Jahre, bis die Pflegedienstleitung über Pflegefehler von „Irene B.“ informiert wurde (LG Berlin 2007: 16). Allerdings wurde Schweigen von verantwortlichen Führungspersonen zuweilen auch ausdrücklich eingefordert. So endete ein Gespräch über den Verdacht von Patient\*innentötungen an der Wuppertaler Intensivstation mit der Aufforderung der Chefärztin, „[...] ‚strengstes Stillschweigen‘ zu bewahren [...]“ (LG Wuppertal 1989: 000131). Auch eine

---

<sup>30</sup> Balint-Gruppe: Arbeitsgruppe (bestehend aus Gesundheitspersonal), die sich unter der Leitung eines\*einer erfahrenen Psychotherapeut\*in regelmäßig trifft, um über „Problempatient\*innen“ aus der beruflichen Praxis zu sprechen. Ziel ist eine verbesserte Beziehung zu den Patient\*innen (Osterbrink & Andratsch 2015: 189f.).

Internatsleiterin, die von zwei Altenpflegeschülerinnen über Auffälligkeiten informiert wurde, ließ diese „[...] noch einmal zu sich kommen und schärfte ihnen nunmehr ein, sie stünden unter Schweigepflicht [...]“ (LG Wuppertal 1976: 57). Im Fall „Niels H.“ ging das Schweigen von Führungspersonen sogar so weit, dass dieser bei vollen Bezügen freigestellt und ihm ein ausgezeichnetes Arbeitszeugnis ausgestellt wurde, obwohl sein aktionistisches Reanimationsverhalten bereits unangenehm aufgefallen war und der Verdacht von Gilurytmalmissbrauch im Raum stand. Das Zeugnis bescheinigte „Niels H.“, dass er „[...] ‚umsichtig, gewissenhaft und selbständig‘ gearbeitet [...], [in] ‚kritischen Situationen [...] überlegt und sachlich richtig‘ gehandelt [...]“ (LG Oldenburg 2015: 6) und das Klinikum auf eigenen Wunsch verlassen habe. Deshalb wurde „Niels H.“ ohne weiteres im Klinikum in Delmenhorst angestellt, wo er weitere Patient\*innentötungen begangen hat.

Es ist schwer nachzuweisen, ob strukturelle Zwänge (hohe Arbeitsbelastung, aufwendiges Patient\*innen- bzw. Bewohner\*innenklientel, negatives Arbeitsklima, hierarchische Aufbauorganisation, unangebrachter Sprachgebrauch oder Mangel an Bewältigungsstrukturen) ursächlich für das Phänomen der Patient\*innentötungen sind. Es kann lediglich festgehalten werden, dass solche Zwänge in den bekannten Fällen von Patient\*innentötungen bestanden und die Taten womöglich begünstigt haben. Eine *Serie* von Tötungen wäre aber definitiv zu verhindern gewesen, wenn entsprechende Kontrollmechanismen korrekte Anwendung gefunden hätten und über das Fehlverhalten nicht geschwiegen worden wäre. Die zeitnahe Unterbindung der Taten scheiterte am Schweigen der Kolleg\*innen und Vorgesetzten.

#### 4.3.3 Gesellschaftliche Hintergründe

Es ist kein Zufall, dass das Phänomen Patient\*innentötungen seit den siebziger Jahren in den westlichen Industrienationen auftritt. Denn seitdem haben sich die Möglichkeiten in der medizinischen Versorgung erheblich verbessert. Das führte zu einer gesteigerten Lebenserwartung und damit auch zu dem vermehrten Auftreten von chronischen Erkrankungen (Maisch 1997: 98 und 396ff.; Schreiner 2001; Beine 2011: 386ff.; Beine 2014).

Dieser Zuwachs von Langzeitpflegebedürftigkeit und Multimorbidität ist für eine Gesellschaft allerdings nur schwer zu ertragen, die von einem Menschenbild geprägt ist, das den Wert des Menschen vor allem in dessen Leistungsfähigkeit und Erfolg verortet. Deshalb werden Sterben und Tod von der Gesellschaft aus der Mitte der Gesellschaft verdrängt und auf Einrichtungen des Gesundheitswesens und deren Mitarbeitende abgeschoben. Mittlerweile sterben 70 – 80% der Menschen in Krankenhäusern und Pflegeheimen<sup>31</sup>. Im Gegensatz zu den meisten Mitgliedern

---

<sup>31</sup> Diese Zahl findet sich bei *Maisch* (1997: 397) und *Beine* (2011: 386). Sie entspricht aktuellen deutschen Studienergebnissen der *Bertelsmann Stiftung* (2015: 13). Demnach starben 2013 in Deutschland 46% im Krankenhaus. Ähnliche Ergebnisse zeigt eine Studie von *Dasch et al.* (2015). Demnach starben 2011 in Deutschland

der Gesellschaft können sich die Pflegekräfte in den Institutionen aber nicht von Krankheit, Leid und Tod distanzieren. Sie kommen während ihrer Berufsausübung ständig damit in Berührung (ebd.).

Zu einem ethischen Dilemma kommt es, wenn Pflegende Menschen versorgen, die zwar unheilbar krank sind, aber aufgrund der vollen Auslastung der modernen High-Tech-Medizin nicht sterben dürfen. Besonders schwierig wird es insbesondere, wenn sich Ärzt\*innen aus der Betreuung der austherapierten Patient\*innen nahezu gänzlich zurückziehen und die Versorgung sterbender Menschen dadurch gänzlich an die Pflege delegieren, die Pflegenden die weitere Versorgung solcher Patient\*innen aber nicht eigenverantwortlich gestalten dürfen (ebd.).

#### **4.4 Zwischenbilanz**

Die Ergebnisse der (Inhalts-)analyse der Urteile und Fallstudien verdeutlichen, dass es im deutschen Sprachraum vor allem in Kliniken zu Patient\*innentötungen kommt, die Täter\*innen ausschließlich der Pflege angehören, strukturelle Zwänge vorlagen und über die Taten geschwiegen wurde. Deshalb sollen zunächst Theorien untersucht werden, die erklären, weshalb strukturelle Zwänge zu Gewalt – und somit zu Patient\*innentötungen – führen können (siehe 5.). Dann soll theoretisch fundiert werden, warum in den Institutionen überhaupt über das Fehlverhalten geschwiegen wird (siehe 6.).

Institutionen benötigen präventive Versorgungskonzepte für hochbetagte und multimorbide Patient\*innen bzw. Bewohner\*innen. Sie müssen sich der Herausforderung des institutionalisierten Sterbens und der Maximalversorgung stellen. Außerdem stehen sie in der Verantwortung, ihren Mitarbeitenden Bewältigungsmechanismen bei – beruflichen wie persönlichen – Problemen an die Hand zu geben. Mit anderen Worten, die institutionellen Rahmenbedingungen müssen so gestaltet sein, dass sie dem Phänomen der Patient\*innentötungen präventiv entgegenwirken (siehe 7.).

### **5. Erklärungsansätze von Gewalt – Strukturelle Zwänge als Ursache?**

Nach *Galtung* (1984) wird Gewalt ausgeübt, „[...] wenn Menschen so beeinflusst werden, dass ihre aktuelle somatische und geistige Verwirklichung geringer ist als ihre potentielle Verwirklichung“ (ebd.: 9). Diese Gewalt kann direkt von einem Akteur ausgehen (personale Gewalt), aber auch indirekt (strukturelle/institutionelle Gewalt) bedingt sein. In beiden Fällen

---

51,2% im Krankenhaus und 19% im Alten- oder Pflegeheim, während 5,6% im Hospiz oder auf einer Palliativstation starben. Zum Vergleich: Zu Beginn des 20. Jahrhunderts starben lediglich 5 - 10% der Menschen in Institutionen des Gesundheitswesens (Maisch 1997: 397).

können Individuen Schaden nehmen. Aber strukturelle Gewalt kann nur mit Schwierigkeiten auf konkrete Personen zurückgeführt werden (Galtung 1984: 12ff.).<sup>32</sup>

Patient\*innentötungen sind nach dieser Definition eine Form von personaler Gewalt. Denn sie nehmen den Opfern jede Chance auf Verwirklichung ihres Lebens und lassen sich eindeutig auf Handlungen der Täter\*innen zurückführen. Allerdings können die Täter\*innen zuvor ihrerseits struktureller Gewalt ausgesetzt gewesen sein<sup>33</sup>. Dies belegen die bereits erörterten Kategorien institutioneller Rahmenbedingungen (siehe 4.3.2<sup>34</sup>).

Erklärungsansätze für Gewalt finden sich sowohl in der Psychologie als auch in der Soziologie. Dabei liegt das Augenmerk der Psychologie auf den individuellen Ursachen von Gewalt, auch wenn diese ihren Grund wiederum in den strukturellen Rahmenbedingungen haben können, während das Augenmerk der Soziologie auf den gesellschaftlichen oder organisationalen Ursachen von Gewalt liegt.

In der Psychologie spielt der Begriff der Gewalt eher eine untergeordnete Rolle. Das bedeutet aber nicht, dass die Psychologie nichts zur Erklärung von Gewalt beitragen könnte. Sie befasst sich mit solchen Erklärungsansätzen nur unter einem anderen Oberbegriff: Weil sie Gewalt entweder als Folge (Meyer 1998: 45; Kienzle & Paul-Ettlinger 2010: 16ff.) oder als Ausprägung von Aggression, etwa als „[...] Aggression in ihrer extremen und sozial nicht akzeptablen Form [...]“ (Zimbardo et al. 1999: 334), versteht, behandelt sie Ansätze zur Erklärung von Gewalt im Rahmen der Aggressionsforschung<sup>35</sup>. Exemplarisch soll hier die Frustrations-Aggressions-Hypothese von *Dollard et al.* (1970) erörtert werden (siehe 5.1)<sup>36</sup>. Denn in der pflegewissenschaftlichen Literatur wird häufig argumentiert, dass Ursache der Gewaltanwendung durch Pflegende Frustrationen sind, die außerhalb der pflegerischen Beziehung – z. B. durch strukturelle Zwänge<sup>37</sup> in den Institutionen – entstehen (Krumwiede

---

<sup>32</sup> Es gibt eine Vielzahl von Definitionen des Begriffs der Gewalt, vgl. hierzu *Hirsch* (2017: 70ff.). Diese darzustellen, würde den Rahmen dieser Arbeit übersteigen. Das ist aber auch nicht notwendig, weil Tötungshandlungen von allen diesen Definitionen ohne weiteres erfasst werden. Die Definition von *Galtung* (1984) wird hier exemplarisch vorgestellt, weil fast alle anderen Autoren auf seine Ausführungen Bezug nehmen.

<sup>33</sup> Nicht nur Patient\*innen bzw. Bewohner\*innen, sondern auch Pflegekräfte können Adressaten struktureller Gewalt sein (Krumwiede 1994: 45ff.; *Hirsch* 2017: 78).

<sup>34</sup> Die in 4.3.2 angeführten Kategorien institutioneller Rahmenbedingungen stellen nach der Definition von *Galtung* (1984: 9ff.) strukturelle Gewalt dar, weil in den Institutionen potentiell ganz andere Rahmenbedingungen möglich gewesen wären.

<sup>35</sup> Einer genaueren Differenzierung dieser beiden Begriffen bedarf es für diese Arbeit nicht. Ausführliche Ausführungen sind nachzulesen bei *Kienzle* und *Paul-Ettlinger* (2010: 16ff.), *Meyer* (1998: 37ff.) und *Zimbardo et al.* 1999: 333ff.).

<sup>36</sup> Andere bekannte Aggressionstheorien sind beispielsweise die Triebtheorie, lerntheoretische Erklärungsmodelle oder die Motivationstheorie (Zimbardo et al. 1999: 334ff.; *Kienzle & Paul-Ettlinger* 2010: 21ff.).

<sup>37</sup> Auch *Meyer* (1998: 80ff.) oder *Osterbrink* und *Andratsch* (2015: 169ff.) nennen als Beispiele von strukturellen Zwängen Personalmangel, Zeitdruck, Konflikte, Kommunikationsprobleme, Bagatellisierung von Auffälligkeiten und mangelnde Anerkennung (vgl. 4.3.2).

1994: 45ff.; Meyer 1998: 69ff.; Kienzle & Paul-Ettliger 2010: 47ff.; Schulz 2014: 34ff.; Osterbrink & Andratsch 2015: 168ff.).

Von den soziologischen Theorien zur Erklärung von Gewalt soll hier exemplarisch das Konzept der „Totalen Institutionen“ von *Goffman* (1973) diskutiert werden (siehe 5.2). Denn die Literaturrecherche zu gewaltfördernden Strukturen in Institutionen ergab eine Vielzahl von Hinweisen auf dieses Konzept<sup>38</sup> (Meyer 1998: 81; Gröning 2000: 590f.; Amrhein 2005: 405ff.; Willems & Ferring 2014: 15ff.; Osterbrink & Andratsch 2015: 169f.; Hirsch 2017: 77).

### 5.1 Frustrations-Aggressions-Hypothese

In ihrer ursprünglichen Form besagt die Frustrations-Aggressions-Hypothese von *Dollard et al.* (1970), dass Aggression *immer* die Folge von Frustration ist und dass Frustration *immer* zu irgendeiner Form von Aggression führt. Je mehr Frustration sich angestaut hat, umso deutlicher wird sich diese Frustration in einer aggressiven Handlung äußern (ebd.: 9ff. und 36ff.). Meist richtet sich die Aggression direkt gegen die Quelle der Frustration. Die Aggression kann aber auch stellvertretend an schwächeren Zielobjekten ausgelassen werden (fehlgeleitete Aggression). Dies geschieht vor allem dann, wenn der Handelnde erwartet, dass die Aggression gegen die Quelle der Frustration zu Sanktionen führen wird. Häufig sind Ziele fehlgeleiteter Aggressionen Minderheiten, Kinder oder Frauen (Zimbardo et al. 1999: 337). Aber auch pflegebedürftige Menschen sind ein naheliegendes Ersatzziel, weil sie sich gegenüber Pflegenden in einer unterlegenen Position befinden, sodass Widerstand kaum zu erwarten ist (Meyer 1998: 47).

Will man mithilfe der Frustrations-Aggressions-Hypothese belegen, dass Patient\*innentötungen als besonders schwerwiegende Form von Aggression<sup>39</sup> ihre Ursache in strukturellen Zwängen in den Institutionen haben, muss man zunächst nachweisen, dass diese strukturellen Zwänge zu Frustrationen bei den Täter\*innen geführt haben. Gemäß der Frustrations-Aggressions-Hypothese tritt eine Frustration dann auf, „[...] wenn die Ausführung einer Zielreaktion unterbrochen oder blockiert wird“ (Zimbardo et al. 1999: 337; Dollard et al. 1970: 15). Eine Frustration ist also eine Enttäuschung, die entsteht, weil die Befriedigung von Bedürfnissen verhindert wird (Kienzle & Paul-Ettliger 2010: 22).

Die Dokumenten- und Fallstudienanalyse zeigt, dass es den Mitarbeitenden auf den betroffenen Stationen bzw. Wohnbereichen ein Bedürfnis war, die Patient\*innen bzw. Bewohner\*innen

---

<sup>38</sup> Strukturelle Zwänge sind bei *Goffman* (1973) aber nicht im Sinne von beispielsweise Personalmangel oder einem negativen Arbeitsklima (wie in 4.3.2 ausgeführt) zu verstehen. Vielmehr stellen die Charakteristika „totaler Institutionen“ die strukturellen Zwänge dar (siehe 5.2).

<sup>39</sup> Aggressives Verhalten reicht „[...] bis hin zur Verletzung oder Vernichtung von Sachen oder Personen [...]“ (Kienzle & Paul-Ettliger 2010: 22).

angemessen zu versorgen, bei der Versorgung über einen eigenen Handlungsspielraum zu verfügen und an Entscheidungsprozessen beteiligt zu werden<sup>40</sup>. So heißt es im Urteil des *Landgerichts Wuppertal* (1989), dass es unter den Pflegekräften ein „[...] weit verbreiteter Wunsch [...] [gewesen sei,] Behandlungsschemata nicht einfach nur anzuordnen, sondern gemeinsam zu besprechen“ (ebd.: 000039). Aufgrund der hohen Arbeitsbelastung, der schlechten Personalsituation, dem unbefriedigendem Schmerzmanagement, dem negativen Arbeitsklima<sup>41</sup> und der hierarchischen Aufbauorganisation<sup>42</sup> war es jedoch meist nicht möglich, diesem Wunsch zu entsprechen (siehe 4.3.2).

Dass dies bei den Pflegenden Frustrationen ausgelöst hat, liegt nahe. Bestätigt wird diese Vermutung durch die Angaben von Zeug\*innen und Täter\*innen: So sagte eine Pflegekraft über das Arbeitsklima auf der Wuppertaler Intensivstation: „Man wird **frustig**“ (LG Wuppertal 1986: 000059; Hervorhebung durch J.W.). Gleichzeitig betonte sie, dass dies die allgemeine Grundstimmung gewesen sei (ebd.). Ähnlich äußerte sich eine Assistenzärztin dieser Station: „Wegen der persönlichen Spannungen zwischen den Chefs war die unbedingt nötige gemeinsame Therapieabsprache praktisch nicht möglich. [...] Es war belastend, **frustierend**. Auch für das Pflegepersonal und sicher auch für die Angeklagte“ (LG Wuppertal 1989: 000060; Hervorhebung durch J.W.). Die Kollegen von „Wolfgang L.“ sagten aus, dass sie **verärgert** gewesen seien, wenn bei Verlegungen wichtige Informationen über Patient\*innenbedürfnisse nicht kommuniziert worden seien (Beine 2011: 211), aber dass „Wolfgang L.“ „[...] **heftiger** auf solche ‚Freitagsverlegungen‘ reagierte [...] [,] **richtig sauer**‘ geworden [sei] [...] und dann recht barsch mit diesen Patienten umgegangen [sei]“ (ebd.: 212; Hervorhebungen durch J.W.). Übereinstimmend gab „Wolfgang L.“ an, nicht nur aus Mitleid, sondern auch aus Gründen der Arbeitsüberlastung Patient\*innen getötet zu haben (Beine 2011: 220). Deshalb gelangte das Gericht zu der Auffassung, dass das Arbeitsklima und die Arbeitsbedingungen im Fall „Wolfgang L.“ zumindest „[...] nicht bedeutungslos für die Taten“ gewesen seien (Beine 2011: 237), weil die „[...] Arbeitsbelastung [...] insbesondere von Wolfgang L. als **drückend** empfunden [...]“ (Beine 2011: 238; Hervorhebung durch J.W.) worden sei. Auch aus den Aussagen der Stationsgehilfinnen am Lainzer Krankenhaus wird deutlich, wie frustriert diese gewesen sein müssen, da ihrem offenkundigen Bedürfnis, sich mit den Mitgliedern anderer Berufsgruppen über das Befinden der Patient\*innen auszutauschen und von diesen anerkannt zu werden, nicht entsprochen wurde: „Der Professor war überhaupt nicht erreichbar. Die kleinen

---

<sup>40</sup> Kommunikation, Anerkennung und berufliche Selbstverwirklichung sind Bedürfnisse, die auch in *Maslows* Konzept der Hierarchie der Bedürfnisse (Bedürfnispyramide) besonders hoch angesiedelt und damit besonders wichtig sind (Schulte-Zurhausen 2014: 17ff.).

<sup>41</sup> Mit dem schlechten Arbeitsklima gehen Konflikte, Kommunikationsprobleme, mangelnde Wertschätzung und ein geringer Einfluss der Pflegeprofession einher (siehe 4.3.2).

<sup>42</sup> Wie sehr die streng hierarchische Aufbauorganisation in Krankenhäusern den Handlungsspielraum von Pflegekräften beschränkt, legen *Richter* und *Sauter* (1997: 66ff.) dar.

Leute wie wir, die waren für ihn überhaupt nicht da“ (Beine 2011: 185), „Er [i. e. der Chefarzt] hat mit [...] Schwestern nicht gesprochen [...]“ (ebd.: 186) oder „Wie wir zum Chef wollten, hatte er keine Zeit. [...] Es hat sich keiner gekümmert, wie wir es machen und wie wir fertig werden, es hat immer nur alles geschehen müssen, keiner fragte, wie wir’s schaffen“ (ebd.: 186).

Damit spricht vieles dafür, dass die strukturellen Zwänge in den Institutionen bei den Täter\*innen Frustrationen ausgelöst haben. Ob diese Frustrationen aber auch ursächlich für die Patient\*innentötungen waren, lässt sich aufgrund der Dokumenten- und Fallstudienanalyse nicht belegen.

Es kommt hinzu, dass sich auch die Frustrations-Aggressions-Hypothese in ihrer ursprünglichen Form als nicht haltbar erwiesen hat. Es stellte sich nämlich heraus, dass nicht jede Frustration auch zu Aggression führt und dass nicht jeder Aggression eine Frustration vorausging. *Dollard et al.* erweiterten ihre Hypothese deshalb dahingehend, dass Frustrationen verschiedene Reaktionen auslösen können. Neben Aggressionen sind auch andere Verhaltensweisen wie beispielsweise Rückzugsverhalten möglich (Kienzle & Paul-Ettliger 2010: 22f.; Zimbardo et al. 1999: 337). Außerdem hat *Berkowitz* (1962 & 1982)<sup>43</sup> darauf hingewiesen, dass das Ausmaß der Reaktion auf eine Frustration erheblich davon abhängt, wie die Frustration *individuell* wahrgenommen wird. Die individuelle Wahrnehmung der Täter\*innen von Frustration lässt sich mit den vorhandenen Dokumenten und Fallstudien aber nur schwer beurteilen, da häufig nur die Äußerungen von Kolleg\*innen zur Verfügung stehen bzw. die Täter\*innen ihre Wahrnehmung nicht hinreichend differenziert beschrieben haben.

Dass Frustrationen nicht zwingend zu aggressiven Handlungen führen müssen und dass das Ausmaß der Reaktion auf Frustration von der individuellen Wahrnehmung der Frustration abhängt, wird auch an den Tötungsserien selbst offenbar. Den strukturellen Zwängen waren nämlich *alle* Mitarbeitende der Pflege ausgesetzt. Dennoch führten nur *einzelne* Mitarbeitende im Team auch Tötungshandlungen aus. Lediglich im Fall am Lainzer Krankenhaus in Wien wurden gleich vier Pflegekräfte gemeinsam aktiv<sup>44</sup>.

Schließlich ist nicht auszuschließen, dass private Probleme der Täter\*innen und/oder Differenzen innerhalb der pflegerischen Beziehungen alternativ oder zusätzlich zu den strukturellen Zwängen Frustrationen bei den Täter\*innen verursacht haben<sup>45</sup>. So konnte im Rahmen der Dokumenten- und Fallstudienanalyse gezeigt werden (siehe 4.3.1 und Fußnote 24),

---

<sup>43</sup> *Berkowitz* zitiert nach: *Zimbardo et al.* (1999: 337) und *Meyer* (1998: 47).

<sup>44</sup> Dass im „Fall Lainz“ gleich vier Mitarbeitende aus der Pflege zu Täterinnen wurden, spricht jedoch stark dafür, dass in diesem Fall strukturelle Zwänge Frustrationen und folglich Aggressionen ausgelöst haben. Am Lainzer Krankenhaus waren die strukturellen Zwänge besonders stark ausgeprägt und unter den Täterinnen sind nur bei „Irene L.“ private Probleme (Pflege des schwerkranken Vaters) bekannt.

<sup>45</sup> Die Frustrations-Aggressions-Hypothese trifft keine Aussage darüber, was frustrationsauslösend sein kann und was nicht.

dass viele Täter\*innen persönliche Krisen zu bewältigen hatten. Und die Ausführungen zum Sprachgebrauch verdeutlichen (siehe 4.3.2), dass die Interaktionen mit den Patient\*innen bzw. Bewohner\*innen konfliktgeladen waren.

Auch wenn nicht nachgewiesen werden kann, dass Patient\*innentötungen durch strukturelle Zwänge in den Institutionen verursacht werden<sup>46</sup>, liegt ein solcher Zusammenhang jedenfalls nahe. Bedenkt man schließlich den hohen Wert von Patient\*innen- bzw. Bewohner\*innenleben, sollte schon ein solcher naheliegender Zusammenhang Grund genug sein, um Maßnahmen zum Abbau von strukturellen Zwängen zu ergreifen<sup>47</sup>, damit es erst gar nicht zu Frustrationen bei den Mitarbeitenden kommt, zumal aus unterschiedlichen verhaltensorientierten Ansätzen der Organisationstheorie bekannt ist<sup>48</sup>, welchen Einfluss ein positives Betriebsklima auf eine gute Arbeitsleitung hat (Schulte-Zurhausen 2014: 16ff.).

Zwar lassen sich Frustrationen durch strukturelle Zwänge in Institutionen des Gesundheitswesens nicht gänzlich vermeiden, weil beispielsweise aufwendige Patient\*innen bzw. Bewohner\*innen aufgenommen werden müssen oder trotz intensiver Bemühungen nicht ausreichend (qualifiziertes) Personal rekrutiert werden kann. Dennoch können die Institutionen einen Beitrag dazu leisten, dass sich solche unvermeidlichen Frustrationen nicht in Aggressionen entladen, indem sie für die Mitarbeitenden Bewältigungsstrukturen zum Frustrationsabbau anbieten. Nicht zu Unrecht erwägt das *Landgericht Wuppertal* (1989), ob eine „[...] regelmäßige und behutsame Führung durch Stations- und Gruppengespräche [...]“ (ebd.: 000205) in dem von ihm zu entscheidenden Fall die Patient\*innentötungen verhindert hätte.

## 5.2 Konzept der „Totalen Institutionen“

Ein weiteres theoretisches Modell, das erklärt, wie strukturelle Zwänge zur Anwendung von Gewalt führen können, ist *Goffmans* (1973) interaktionssoziologisches Konzept der „Totalen Institutionen“. „Totale Institutionen“ sind soziale Einrichtungen, die „[...] durch Beschränkungen des sozialen Verkehrs mit der Außenwelt sowie der Freizügigkeit [...]“ (ebd.: 15f.) einen allumfassenden – totalen – Charakter aufweisen<sup>49</sup>. Nach *Goffman* weisen „totale Institutionen“ verschiedene Merkmale auf, nämlich [1] dass alle Aktivitäten des täglichen Lebens unter einem Dach und einer Autorität zusammengefasst sind<sup>50</sup>, [2] dass die Insass\*innen

---

<sup>46</sup> Es ist aber zumindest eine wichtige Erkenntnis, dass die strukturellen Zwänge zumindest mit kausal für die Frustrationen bei den Täter\*innen in den betroffenen Institutionen waren.

<sup>47</sup> Strukturelle Zwänge sind freilich nicht nur mögliche Ursachen von Patient\*innentötungen, sondern auch selbst strukturelle Gewalt (siehe Einführung 5.; Galtung 1984: 12ff).

<sup>48</sup> Z. B. dem Human-Relations-Ansatz oder motivationstheoretischen Ansätzen (Bedürfnispyramide nach *Maslow*, XY-Theorie von *McGregor* und Zweifaktoren-Theorie von *Herzberg*).

<sup>49</sup> Beschränkungen, wie verschlossene Türen, Mauern oder abgelegene Lage, sind häufig integraler Bestandteil der Institution (Goffman 1973: 16).

<sup>50</sup> Im normalen Leben wären diese räumlich und sozial getrennt. *Goffman* (1973) führt aus, dass es eigentlich „[...] eine grundlegende soziale Ordnung [gibt], nach der der einzelne an verschiedenen Orten schläft, spielt, arbeitet - und

ihre Aufgaben gemeinsam und bei gleicher Behandlung durchführen, [3] dass der Aufenthalt und die Arbeit durch formale Vorgaben reglementiert und vorgeschrieben wird und [4] dass die Tätigkeiten dazu dienen, offizielle Ziele der Institutionen zu erreichen (Goffman 1973: 17). Außerdem sei es für „totale Institutionen“ kennzeichnend, dass eine „[...] fundamentale Trennung zwischen [...] ‚Insassen‘ [...], auf der der einen Seite, und dem [...] [P]ersonal auf der anderen [Seite besteht]“ (ebd.: 18), die unweigerlich mit einer Asymmetrie der Macht einhergeht.

In „totalen Institutionen“ herrschen umfassende Handlungszwänge für Patient\*innen bzw. Bewohner\*innen – Goffman (1973) spricht von Insass\*innen (ebd.: 24ff.). Diese Handlungszwänge beschränken deren Selbstdarstellung, zwingen ihnen eine Anstaltsidentität auf und degradieren sie dadurch zu Objekten<sup>51</sup>. Zutreffend betont Koch-Straube (1997) deshalb, dass der totalitäre Charakter von Institutionen „[...] nicht allein an Mauern gebunden [ist]“ (ebd.: 347). Wird ein Mensch aber zu einem Objekt degradiert und somit dehumanisiert, steigt die Wahrscheinlichkeit, dass er Opfer von aggressivem Verhalten jeder Art wird (Zimbardo et al. 1999: 342f.).

Umfassenden Handlungszwängen unterliegen in „totalen Institutionen“ aber nicht nur die Insass\*innen, sondern auch das Personal (Goffman 1973: 78ff.). Denn dieses ist permanent dem Konflikt ausgesetzt, humane Normen der Behandlung mit der geforderten institutionellen Effektivität in Einklang zu bringen. Und nicht selten gibt es einen „[...] Widerspruch zwischen dem, was die Institution tut, und dem, was sie offiziell als ihre Tätigkeit an[gibt] [...]“ (ebd.: 78)<sup>52</sup>. In der Folge kommt es zu sozialen Konflikten und Frustrationen und es überrascht nicht, dass Gewalt in „totalen Institutionen“ somit oft als unmittelbarer Ausdruck der strukturellen Machtkonstellationen angesehen wird (Meyer 1998: 81; Gröning 2000: 590f.; Amrhein 2005: 405ff.; Willems & Ferring 2014: 15ff.; Osterbrink & Andratsch 2015: 169f.; Hirsch 2017: 77).

Das Konzept der „Totalen Institutionen“ kann freilich nur dann einen Beitrag zur Erklärung von Patient\*innentötungen erbringen, wenn es sich bei den betroffenen Kliniken und Pflegeeinrichtungen um „totale Institutionen“ handelt. Goffman (1973) hat sein Konzept ursprünglich auf Grund von Feldforschungen in Form von teilnehmenden Beobachtungen in einer psychiatrischen Klinik entwickelt (ebd.: 7ff.)<sup>53</sup>, später aber fünf Gruppen von „totalen

---

dies mit wechselnden Partnern, unter verschiedenen Autoritäten und ohne einen umfassenden rationalen Plan“ (ebd.: 17).

<sup>51</sup> So wird in „totalen Institutionen“ den Insass\*innen häufig ihre „Identitäts-Ausrüstung“ (Goffman 1973: 31), wie beispielsweise ihre Kleidung (ebd.: 29ff.), abgenommen.

<sup>52</sup> So wird beispielsweise in Leitbildern von Kliniken und Pflegeeinrichtungen häufig eine ganzheitliche, menschliche Pflege versprochen, die sich in der Praxis nicht realisieren lässt.

<sup>53</sup> St. Elizabeth's Hospital, Washington D.C., 1955 - 1956.

Institutionen“ postuliert, die neben Psychatrien<sup>54</sup> beispielsweise auch Altenpflegeheime<sup>55</sup>, Gefängnisse<sup>56</sup>, Internate<sup>57</sup> oder Klöster<sup>58</sup> umfassen (ebd.: 16).

Während *Goffman* (1973) Altenpflegeheime ausdrücklich als Beispiele für „totale Institutionen“ nennt (ebd.: 16), ist zweifelhaft, ob Kliniken dieser Status im Allgemeinen zukommt. Zwar können sie – wie Pflegeheime auch – unter den Begriff der Fürsorgeeinrichtung für unselbständige Menschen (siehe ebd.: 16) subsumiert werden (Osterbrink & Andratsch 2015: 169), zumal *Goffman* (1973) betont, dass seine Klassifikation „totaler Institutionen“ nicht erschöpfend ist (ebd.: 16). Aber wenn *Goffman* von „totalen Institutionen“ spricht, hat er solche Einrichtungen vor Augen, in denen die Insass\*innen *dauerhaft* oder zumindest für einen *längeren Zeitraum* untergebracht sind (ebd.: 11). So spricht er davon, dass die Insass\*innen in „totalen Institutionen“ *leben* (ebd.: 18). Diese Voraussetzung ist bei Kliniken aber nicht erfüllt. Auch wenn die Liegezeiten bei hochbetagten und multimorbiden Patient\*innen immer länger werden und viele Patient\*innen in den Einrichtungen versterben (siehe 4.3.3), wird der Aufenthalt in einer Klinik nämlich als vorübergehende Abwesenheit vom eigenen Zuhause begriffen.

Selbst bei Altenpflegeheimen ist fraglich, ob es sich im Allgemeinen um „totale Institutionen“ handelt. Allein dass *Goffman* (1973) diese als Beispiele für „totale Institutionen“ nennt, reicht als Begründung nicht aus. Zwar ist der Aufenthalt in Altenpflegeheimen auf Dauer angelegt, sodass die Insass\*innen, wie es die übliche Bezeichnung „Bewohner\*innen“ bereits zum Ausdruck bringt, in ihnen leben. Aber in welchem Umfang der Kontakt zur Außenwelt und die Freizügigkeit in Altenheimen beschränkt ist, hängt erheblich von der jeweiligen Einrichtung ab. Außerdem hat sich in dieser Hinsicht seit den 50er-Jahren, als *Goffman* seine Feldforschungen durchführte, viel verändert – nicht zuletzt aufgrund der Antipsychiatriebewegung. Während *Koch-Straube* (1997) in ihrer ethnologischen Studie „Fremde Welt Pflegeheim“ Ende des letzten Jahrtausends noch die Auffassung vertritt, dass es sich bei Pflegeheimen um „[...] gemäßigte totale Institution[en] [...]“ (ebd.: 346) handle<sup>59</sup>, verneint *Heinzelmann* (2004) in seiner Untersuchung zum Binnenleben zweier Altenpflegeheime keine zehn Jahre später die Frage, ob

---

<sup>54</sup> Psychiatrie → Gruppe: Fürsorgeeinrichtung für Menschen, die unbeabsichtigt eine Bedrohung für die Gesellschaft darstellen.

<sup>55</sup> Altenpflegeheim → Gruppe: Fürsorgeeinrichtung für Menschen, die sich nicht selbst versorgen können.

<sup>56</sup> Gefängnis → Gruppe: Einrichtungen, die dem Schutz der Gemeinschaft vor beabsichtigten Gefahren dient.

<sup>57</sup> Internat → Gruppe: Einrichtungen, die darauf abzielen, arbeitsähnliche Aufgaben besser durchzuführen.

<sup>58</sup> Kloster → Gruppe: Religiöse Ausbildungsstätten.

<sup>59</sup> *Amrhein* (2005: 408ff.) verweist in seiner Diskussion des Konzeptes der „Totalen Institution“ auf fünf weitere Studien (aus den Jahren 1975, 1978, 1985, 1997 und 1999), die belegen, dass Altenpflegeheime zumindest in der Nähe „totaler Institutionen“ einzuordnen sind. Als umfassendste Studie im deutschsprachigen Raum gilt aber die von *Koch-Straube* (1997) (Pöschel 2013: 43).

Pflegeheime immer noch „totale Institutionen“ sind, und will diese lediglich „[...] als Pseudo-Totale Institutionen [...]“ (ebd.: 246) begreifen<sup>60</sup>.

Ob jedenfalls in den Kliniken und Altenpflegeheimen, in denen Patient\*innentötungen stattgefunden haben, die Charakteristika „totaler Institutionen“ erfüllt waren, insbesondere wie ausgeprägt der Kontakt der Patient\*innen bzw. Bewohner\*innen zur Außenwelt war, ob deren Freizügigkeit unterbunden wurde und wie stark der Alltag der Patient\*innen bzw. Bewohner\*innen reglementiert wurde, lässt sich mithilfe der vorhandenen Daten (Urteile, Fallstudien) nicht beantworten<sup>61</sup>. Immerhin ergibt sich aus dem Urteil des *Landgerichts Wuppertal* (1976), dass im Evangelischen Altenheim Wupperfeld (Fall „Rudi Z.“) die Bewohner\*innen ihrer „Identitäts-Ausrüstung“ (Goffman 1974: 31) beraubt wurden (wie in Fußnote 51 ausgeführt): So hatte „Rudi Z.“ in seiner Funktion als Heimleiter die Zimmer noch lebender Bewohner\*innen „entrümpelt“, indem er „[...] verschiedene [persönliche] Gegenstände durch das Fenster auf den Hof [warf], ohne die Heiminsassen danach zu befragen“ (LG Wuppertal 1976: 37)<sup>62</sup>. Ebenso reglementierte „Rudi Z.“ den ohnehin schon geringen Kontakt alter Menschen zur Außenwelt, indem er einen „[...] festen Heimarzt [...]“ (ebd.: 37) für die Bewohner\*innen bestimmte. Es ist bemerkenswert, dass diese Feststellungen gerade in dem einen Fall getroffen wurden, der zeitlich vor der Antipsychiatriebewegung angesiedelt ist (LG Wuppertal 1976)<sup>63</sup>.

Auch wenn sich in den hier untersuchten Fällen nicht nachweisen lässt, dass es sich bei den Kliniken und Altenpflegeheimen um „totale Institutionen“ handelt, verdienen die Erkenntnisse *Goffmans* (1973) Beachtung<sup>64</sup>, weil Kliniken und Pflegeheime auch im 21. Jahrhundert jedenfalls *Elemente* „totaler Institutionen“ aufweisen<sup>65</sup>. So finden alle Aktivitäten des Lebens von Patient\*innen bzw. Bewohner\*innen an *einem* Ort unter *einer* Autorität statt<sup>66</sup> und der Aufenthalt ist stark reglementiert<sup>67</sup>. Auch wenn soziale Kontakte nicht verboten sind, sind sie

---

<sup>60</sup> Diese Studien verhalten sich zwar nur zu den untersuchten Einrichtungen, liefern aber auch einen Anhaltspunkt für den Status von Altenpflegeheimen im Allgemeinen. Jedenfalls werden Altenpflegeheime in keiner neueren Studie vorbehaltlos als „totale Institutionen“ qualifiziert.

<sup>61</sup> Dies ergibt sich aus dem Herstellungsscharakter dieser Daten (siehe hierzu Methodik 3.).

<sup>62</sup> Ebenso können Patient\*innen bzw. Bewohner\*innen in ihrer Selbstdarstellung beschränkt werden, indem ihnen die Anrede mit ihrem Namen verweigert wird. In 4.3.2 wurde ausgeführt, dass nicht selten Patient\*innen bzw. Bewohner\*innen in den betroffenen Institutionen pauschal als „Oma“ oder „Opa“ angesprochen wurden.

<sup>63</sup> Die Urteile in den beiden anderen Fällen, die in Altenpflegeheimen angesiedelt waren, ergingen 2005 („Roger A.“) und 2006 („Michaela G.“).

<sup>64</sup> Nicht umsonst gilt *Goffmans* (1973) Konzept als ein Schlüsselwerk der Organisationsforschung. So betont *Heck* (2015: 307), dass trotz der Modernisierung von Institutionen das Haltbarkeitsdatum von *Goffmans* Aussagen nicht überschritten wurde.

<sup>65</sup> Von diesen Überlegungen sind auch die hier untersuchten Institutionen nicht auszunehmen.

<sup>66</sup> Zwar verfügen Pflegeheime über Aufenthaltsräume und Speisesäle, aber viele Bewohner\*innen können diese aufgrund von Mobilitätseinschränkungen nicht nutzen. In Kliniken müssen die Patient\*innen ihren Aktivitäten ohnehin in ihren Zimmern nachgehen. Die Zimmer von Bewohner\*innen und Patient\*innen können aber jederzeit vom Personal betreten werden, was mit einem erheblichen Eingriff in die Privatsphäre verbunden ist.

<sup>67</sup> In Kliniken und Altenpflegeheimen gibt es formale Vorgaben etwa in Gestalt von festen Zeiten für Hygiene, Essen oder Schlafen. Solche Reglementierung treffen, wie eingangs erläutert, nicht nur Patient\*innen bzw.

durch festgelegte Besuchszeiten oder durch Zugangsbeschränkungen – wie beispielsweise durch Schleusensysteme auf Intensivstationen – erheblich eingeschränkt. Die Bereitschaft, in Kliniken 24-Stunden-Begleitpersonen für erwachsene Patient\*innen zu tolerieren, ist ohnehin nur gering. Ferner werden Bewohner\*innen und Patient\*innen in ihrer Selbstdarstellung eingeschränkt. Zwar gibt es keine einheitliche Anstaltskleidung, bei pflegeaufwendigen Patient\*innen bzw. Bewohner\*innen ist es aber üblich, dass diese mit einheitlichen Flügelhemden der Einrichtungen angekleidet werden. Auf vielen Intensivstationen werden private Kleidungsstücke und andere private Gegenstände an die verlegende Station zurückgegeben, weil sie während des Intensivaufenthaltes nicht verwendet würden. Schließlich existiert in Institutionen des Gesundheitswesens unweigerlich eine Asymmetrie der Macht zwischen den Pflegebedürftigen und dem Gesundheitspersonal.

Weisen Kliniken und Pflegeheime solche Elemente „totaler Institutionen“ auf, fehlt es aber an einer dauerhaften Unterbringung der Patient\*innen bzw. Bewohner\*innen, wird es in der Regel nicht zu deren Dehumanisierung kommen, weil die Entstehung einer Anstaltsidentität in Folge beschränkter Möglichkeiten zur Selbstdarstellung ein Prozess ist, der einige Zeit in Anspruch nimmt. Dennoch leistet das Konzept „totaler Institutionen“ jedenfalls eine Teilerklärung für die Anwendung von Gewalt in Einrichtungen, die lediglich Elemente „totaler Institutionen“ aufweisen, weil die von solchen Elementen ausgehenden Handlungszwänge für das Personal unabhängig von der Dauer der Unterbringung der Patient\*innen bzw. Bewohner\*innen gegeben sind.

## 6. Schweigen in den Institutionen

In den hier untersuchten Fällen haben Mitarbeitende und/oder Vorgesetzte aus verschiedenen persönlichen Gründen geschwiegen<sup>68</sup>: Die Taten lagen jenseits ihrer Vorstellungskraft, sie wollten verdiente Kolleg\*innen bzw. Mitarbeitende nicht zu Unrecht beschuldigen oder sie hatten Angst vor Skandalen und daraus resultierenden beruflichen oder gar strafrechtlichen Konsequenzen (Maisch 1997: 161ff.; Rotondo 2006; Beine 2011: 377ff.; Beine 2014)<sup>69</sup>. In welchem Umfang aber die Organisationsstruktur und -kultur das Schweigen in den betroffenen Institutionen bedingte, findet in der Literatur zu Patient\*innentötungen kaum Beachtung.

---

Bewohner\*innen, sondern auch das Personal, für das es sehr frustrierend sein kann, wenn beispielsweise Patient\*innen bis 10.00 Uhr gewaschen sein müssen, auch wenn eine warme schlaffördernde Dusche im Spätdienst vorzugswürdig wäre. Gerade im Fall „Lainz“ waren die Abläufe sehr starr vorgegeben, sodass kein Handlungsspielraum für die Pflege bestand. Deshalb überrascht es nicht, wenn *Osterbrink* und *Andratsch* (2015) in diesem Fall von „[...] Züge[n] einer totalen Institution [...]“ (ebd.: 173) sprechen.

<sup>68</sup> Die Inhaltsanalyse der Daten zeigte, dass sich das Schweigen in den Institutionen auf verschiedenen Ebenen abspielte: Einerseits schweigen Mitarbeitende gegenüber Verantwortlichen. Andererseits haben Führungspersonen, die über das Fehlverhalten von Mitarbeitenden informiert werden, Hemmungen, Missstände aufzuklären, oder fordern Stillschweigen sogar explizit ein.

<sup>69</sup> Wer das Schweigen bricht, muss sich außerdem der unangenehmen Frage nach der eigenen Verantwortlichkeit stellen.

Diesem Missstand soll im Folgenden abgeholfen werden, indem das aus der Organisationspsychologie stammende Modell des „Organizational Silence“ von *Morrison* und *Milliken* (2000) für die Frage nach den Ursachen von Patient\*innentötungen fruchtbar gemacht wird<sup>70</sup>.

### 6.1 Modell „Organizational Silence“

*Morrison* und *Milliken* (2000) bezeichnen als „Organizational Silence“ das kollektive Phänomen, dass Mitarbeitende Informationen über (potentielle) Probleme zurückhalten<sup>71</sup>. Sie messen ihm eine hohe Bedeutung bei, weil es weit verbreitet ist<sup>72</sup> und unethische sowie illegale Praktiken in Organisationen ermöglicht (Milliken & Morrison 2003b). Dieses Schweigen führen sie in erster Linie auf starke Kräfte in den Organisationen („powerful forces in many organizations“ (Morrison & Milliken 2000: 706)) und nur in zweiter Linie auf individuelle Entscheidungen der Mitarbeitenden zurück. *Morrison* und *Milliken* (2000) haben ein Modell entwickelt, das verschiedene Variablen beschreibt, die in ihrer Dynamik die Entstehung von organisationalem Schweigen begründen (siehe Abbildung 2):



Abbildung 2: Dynamik „Organizational Silence“<sup>73</sup> (*Morrison & Milliken 2000: 709*)

<sup>70</sup> Dieses Modell bietet eine theoretische Grundlage, um zu erklären, weshalb Mitarbeitende gegenüber ihren Vorgesetzten geschwiegen haben. Unter präventiven Gesichtspunkten ist eine solche Erklärung von entscheidender Bedeutung, weil auf ihrer Grundlage Maßnahmen entwickelt werden können, damit Mitarbeitende ihr Schweigen brechen und Verantwortlichen die Informationen mitteilen, die diese benötigen, um Fehlverhalten abstellen zu können.

<sup>71</sup> Mitarbeitende halten diese Informationen *bewusst* vor Personen zurück („conscious withholding“ (Morrison 2011: 379), welche über die Autorität von Korrekturmaßnahmen verfügt hätten (Vorgesetzte) (ebd.).

<sup>72</sup> In einer Studie von *Milliken et al.* (2003a: 1459f.) gaben 85% der Befragten, die aus den Branchen Industrie, Finanzen und Werbung stammten, an, dass sie mindestens einmal über ein relevantes Problem in ihren Organisationen geschwiegen hätten. Zu einem ähnlichen Ergebnis gelangt *Maxfield et al.* (2005) für die Gesundheitsbranche: Weniger als 10% des medizinischen Personals (Ärzt\*innen, Pflegende) sprechen beobachtetes Fehlverhalten ihrer Kolleg\*innen, das sie als potentiell schädigend für das Wohl von Patient\*innen einstufen, offen an (Maxfield et al. 2005 zitiert nach: Henriksen & Dayton 2006: 1540).

<sup>73</sup> Die Abbildung wurde von der Autorin angelehnt an *Morrison und Milliken (2000)* erstellt. Ausführlich (ebd.: 709).

Die Kausalketten, die zum organisationalen Schweigen führen, haben zwei verschiedene Ausgangspunkte: Zum einen fürchten Manager\*innen negatives Feedback – besonders von ihnen untergebenen Mitarbeitenden – und fühlen sich durch dieses bedroht. Unerheblich ist dabei, ob sich dieses Feedback auf sie selbst bezieht oder auf Prozesse, mit denen sie sich identifizieren. Zum anderen haben Manager\*innen unausgesprochene Annahmen („set of implicit beliefs often held by managers“ (Morrison & Milliken 2000: 708)) über ihre Mitarbeiter\*innen und das Management. Zu diesen „implicit beliefs“ gehören<sup>74</sup>: [1] Mitarbeitende verfolgen ihr Eigeninteresse und sind nicht vertrauenswürdig, [2] Manager\*innen wissen am besten um die Probleme in den Organisationen und [3] Einigkeit und Zustimmung gelten als Zeichen einer funktionierenden Organisation, während Meinungsverschiedenheiten zu vermeiden sind.

Diese beiden Ausgangspunkte wirken sich zum einen auf die Strukturen und Grundsätze („structures and policies“ (Morrison & Milliken 2000: 713)), wie sie vom Top-Management vorgegeben werden, und zum anderen auf die Verhaltensweisen von Manager\*innen („managerial practices“ (ebd.: 713)), wie sie auf unterschiedlichsten Leitungsebenen angetroffen werden, aus<sup>75</sup>. So tragen sie dazu bei, dass sich Strukturen und Grundsätze in den Organisationen verfestigen, die keine Wege für Aufwärtskommunikation vorsehen („lack of formal upward feedback mechanisms“ (ebd.: 713)) und Mitarbeitende bei der Entscheidungsfindung ausschließen („high centralization of decision making“ (ebd.: 713)). Außerdem begünstigen sie die Verhaltensweisen von Manager\*innen, negative Rückmeldungen zu ignorieren, diese als falsch zu verwerfen, die Glaubwürdigkeit der Quellen in Frage zu stellen oder diese sogar anzufeinden, sich nicht um informale Kanäle der Aufwärtskommunikation zu bemühen und Feedback, wenn überhaupt, nur bei solchen Mitarbeiter\*innen zu suchen, die ihre eigenen Standpunkte unterstützen.

Sowohl Strukturen und Grundsätze als auch Verhaltensweisen von Manager\*innen führen zum organisationalen Schweigen, indem sie zunächst ein Klima des Schweigens<sup>76</sup> erzeugen („climate of silence“ (Morrison & Milliken 2000: 714)). Ein solches Klima des Schweigens herrscht vor, wenn Mitarbeiter\*innen annehmen, dass es sich nicht lohnt und dass es gefährlich ist, über Probleme zu sprechen.

---

<sup>74</sup> Morrison und Milliken (2000) erläutern ausführlich, welche Gegebenheiten diese „implicit beliefs“ fördern (siehe ebd.: 710ff.). Dies darzustellen, würde den Rahmen der vorliegenden Arbeit übersteigen.

<sup>75</sup> Den Mitarbeiter\*innen wird also sowohl vom Top-Management als auch von zwischengeschalteten Leitungsebenen verdeutlicht, dass kritisches Feedback nicht erwünscht ist. Dabei geben untergeordnete Managementebenen entsprechende Signale des Top-Managements auch dann an die Mitarbeiter\*innen weiter, wenn es diese Auffassung nicht teilt. Umgekehrt leiten sie kritisches Feedback von Mitarbeiter\*innen nur gefiltert an das Top-Management weiter oder verheimlichen es gar (Morrison & Milliken 2000).

<sup>76</sup> Das Klima des Schweigens ist besonders ausgeprägt in Organisationen, in denen sich das Top-Management in Bezug auf den sozio-demographischen Hintergrund deutlich von den Mitarbeitenden unterscheidet.

Das Klima des Schweigens wird begünstigt, wenn die Strukturen und Grundsätze der Organisation und die Verhaltensweisen der Manager\*innen einer kollektiven Deutung unterzogen werden, indem sich die Mitarbeitenden über Erfahrungen und Beobachtungen im Zusammenhang mit ihrer Arbeit austauschen. Denn ein solcher kollektiver sinnstiftender Prozess („collective sensemaking process“ (Morrison & Milliken 2000: 714))<sup>77</sup> führt dazu, dass sich innerhalb des Teams die Annahme verbreitet und etabliert, dass negative Kritik im Unternehmen nicht erwünscht ist.<sup>78</sup>

Empirische Hinweise für das Modell „Organizational Silence“ (Morrison & Milliken 2000) liefert eine explorative Studie von Milliken et al. (2003a) zum Thema „Employee Silence“<sup>79</sup>: In dieser Studie gaben die Befragten als Grund für ihr Schweigen über Missstände in den Organisationen neben Angst vor erwarteten negativen Auswirkungen<sup>80</sup> auch mangelnde Erfahrung (32,5%), wenig unterstützende oder nicht erreichbare Vorgesetzte (20%)<sup>81</sup> und hierarchische Strukturen oder eine nicht unterstützende Organisationskultur (30%)<sup>82</sup> an (ebd.: 1462ff.).<sup>83</sup> Die Studie (ebd.) bestätigt ferner, dass ein kollektiver sinnstiftender Prozess für ein Klima des Schweigens in Organisationen entscheidend ist: So gaben die Studienteilnehmenden an, aus Gesprächen mit oder Beobachtungen von „Peers“ im Team das Schweigen erlernt zu haben (ebd.: 1466).<sup>84</sup>

## 6.2 „Organizational Silence“ und Patient\*innentötungen

Im Folgenden soll anhand der hier untersuchten Urteile und Fallstudien überprüft werden, ob sich das Schweigen der Mitarbeitenden über (Anhaltspunkte für) Patient\*innentötungen (siehe 4.3.2) mit dem Modell „Organizational Silence“ erklären lässt<sup>85</sup>, obwohl dieses eigentlich zur Erklärung mangelnder Innovationsfähigkeit von *klassischen Wirtschaftsunternehmen* entwickelt

---

<sup>77</sup> „Collective Sensemaking“ ist ein komplexer Prozess. Ausführlich: Morrison und Milliken (2000: 714ff.).

<sup>78</sup> „Collective Sensemaking“ beruht nicht nur auf objektiven, sondern auch subjektiven Maßstäben und ist umso ausgeprägter, je mehr Gelegenheit zum Austausch unter den Mitarbeitenden gegeben ist.

<sup>79</sup> Auch Studienergebnisse von Brinsfield (2012) bestätigen Annahmen des Modells. Dieser nennt sechs unterschiedliche Dimensionen für organisationales Schweigen. Darunter auch „ineffectual silence“ (ebd.: 682) (es lohnt sich nicht zu sprechen) und „defensive silence“ (ebd.: 681) (Angst vor negativen Konsequenzen). Diese beiden Dimensionen entsprechen dem „Klima des Schweigens“ (siehe Abbildung 2).

<sup>80</sup> So hatten die Befragten Angst, als „Troublemaker“ gebrandmarkt zu werden (30%), Beziehungen innerhalb der Organisation zu beschädigen (27,5%), ihre Arbeit zu verlieren oder bei Beförderungen übergangen zu werden (22,5%). Außerdem glaubten sie, dass ihre Äußerungen keine Beachtung finden würden (25%) (Milliken et al. 2003a: 1462ff.). Diese Ergebnisse sprechen für die Existenz der Variable „Klima des Schweigens“ (siehe Abbildung 2).

<sup>81</sup> Dies spricht für die Variable „Verhaltensweisen der Manager\*innen“ (siehe Abbildung 2).

<sup>82</sup> Dies spricht für die Variable „Strukturen und Strategie der Organisation“ (siehe Abbildung 2).

<sup>83</sup> Die Studienteilnehmenden konnten mehrere Gründe für ihr Schweigen angeben (Milliken et al. 2003a: 1463).

<sup>84</sup> Es überrascht deshalb nicht, dass 74% der Befragten, die in der Vergangenheit über relevante Probleme geschwiegen hatten, die Vermutung äußerten, dass auch ihre Kolleg\*innen um das Problem gewusst, aber nicht darüber zu sprechen gewagt hätten (Milliken et al. 2003a: 1465).

<sup>85</sup> Dafür sprechen sich aus Henriksen und Dayton (2006: 1539). Diese (ebd.) betonen die Relevanz von „Organizational Silence“ für das Gesundheitswesen, da sie in dem Phänomen eine Bedrohung der Patient\*innensicherheit sehen. Brinsfield (2012: 694) postuliert, dass *alle* denkbaren Organisationen von einem besseren Verständnis von „Organizational Silence“ profitieren können.

wurde<sup>86</sup>. Dabei wird davon ausgegangen, dass Stationsleitungen, Pflegedienstleitungen, Heimleitungen, Verwaltungsdirektor\*innen, Ober- und Chefärzt\*innen Manager\*innen im Sinne des Modells von *Morrison* und *Milliken* (2000) sind.

Den vorhandenen Daten kann nicht entnommen werden<sup>87</sup>, ob Manager\*innen in Kliniken und Pflegeheimen, in denen Patient\*innentötungen stattgefunden haben, Angst vor negativem Feedback hatten. Auch an Anhaltspunkten für die unausgesprochenen Annahmen von Manager\*innen über Mitarbeiter\*innen und das Management fehlt es – mit einer Ausnahme: Dass die Chefärztin der Wuppertaler Intensivstation (Fall „Michaela R.“) dem Chefarzt der Chirurgie – „[...] unter Hinweis auf ihre uneingeschränkte Leitungsbefugnis [...]“ (LG Wuppertal 1989: 000056) – untersagte, Anweisungen in ihrer Abteilung vorzunehmen, und alle Mitarbeitende ihren Anordnungen „[...] unverzüglich und **ohne Nachfragen** nachzukommen [hatten]“ (ebd.: 000040; Hervorhebung durch J.W.), belegt, dass sie *Meinungsverschiedenheiten unbedingt zu vermeiden* suchte und davon überzeugt war, die Aufgaben in ihrer Abteilung *am besten* lösen zu können.

Schon eher finden sich Hinweise für Strukturen und Grundsätze, die keine Aufwärtskommunikation und keine Mitbestimmung der Mitarbeitenden vorsehen. So gab „Waltraud W.“ an, dass „[...] **keiner fragte**, wie wir’s [i. e. die Pflege] schaffen“ (Beine 2011: 186; Hervorhebung durch J.W.), und dass man sich **nicht an die Personalvertretung wenden konnte**, da sonst Konflikte mit der Stationsleitung drohten (ebd.). Wenn im Urteil des *Landgerichts Wuppertal* (1989) ferner festgehalten wird, dass Stations- und Gruppengespräche eine Fehlentwicklung verhindert **hätten** (ebd.: 000205), folgt daraus im Umkehrschluss, dass es solche Kommunikationsstrukturen, die Feedback gefördert hätten, nicht gab<sup>88</sup>. Wie gering die Mitbestimmung der Mitarbeitenden war, wird dadurch belegt, dass gemeinsame Visiten entweder schon nicht vorgesehen waren oder die Überlegungen der Mitarbeitenden dabei nicht berücksichtigt wurden (LG Wuppertal 1989: 000038f.)<sup>89</sup>. Schließlich waren alle untersuchten Institutionen hierarchisch strukturiert (siehe 4.3.2), was nach einer Studie zum Thema „Employee Silence“ für 30% der Studienteilnehmenden ein ausschlaggebender Grund für ihr Schweigen war (siehe 6.1 und Milliken et al. 2003a: 1462).

---

<sup>86</sup> Nur wer versteht, warum Mitarbeitende in Organisationen schweigen, kann Kommunikationspraktiken entwickeln und implementieren, die das Aussprechen konstruktiver Ideen fördern („Voice Behavior“). Konstruktive Ideen sind aber die Grundlage wettbewerbsentscheidender Innovationen.

<sup>87</sup> Aufgrund ihres Herstellungscharakters, siehe Methodik 3.

<sup>88</sup> Dass es generell an Austausch- und Beteiligungsmöglichkeiten in den Institutionen mangelte, wurde auch bereits unter 4.3.2 in Hinblick auf die Kategorie „Mangel an Bewältigungsstrukturen“ herausgearbeitet. Fall- bzw. Teambesprechungen oder Supervisionen eignen sich ja nicht nur zur Bewältigung von Problemlagen, sie bieten auch eine Plattform um Missstände zu kommunizieren und gemeinsam Lösungen zu erarbeiten.

<sup>89</sup> Zum mangelnden Handlungsspielraum (entspricht auch mangelnder Mitbestimmung) siehe auch 4.3.2 (Kategorie „negatives Arbeitsklima“).

Eine Vielzahl von Belegen lässt sich zu Verhaltensweisen von Manager\*innen finden, die organisationales Schweigen fördern: Kritik wird ignoriert oder als falsch erklärt. Entsprechend blieb es „[...] ohne erkennbare Konsequenzen [...]“ (Beine 2011: 287), als sich die Stationsleitung von „Stephan L.“ bei der Pflegedienstleitung über ihn beschwerte<sup>90</sup>. „Maria G.“ wurde von Ärzt\*innen ausgelacht, als sie diese auf ihre beschränkten Kompetenzen hinwies (Beine 2011: 197) oder sagten dieser bezüglich geäußerter Probleme: „[...] das geht mich nichts an [...]“ (Beine 2011: 186). Die Pflegedirektorin von „Niels H.“ vermochte in dessen Verhalten „[...] nichts Falsches zu erkennen und veranlasste nichts [...]“ (LG Oldenburg 2015: 5). In einer Besprechung zu möglichen Pflegefehlern von „Rudi Z.“ wurden „[...] die Anschuldigungen gegen [...] [diesen] als Stationsquerelen [...]“ (LG Wuppertal 1976: 101) abgetan. Auch im Fall „Michaela R.“ bezeichneten Manager\*innen tragkräftige Verdachtsäußerungen als „[...] sehr fadenscheinig [...]“ (LG Wuppertal 1989: 000132).

Informale Kanäle der Aufwärtskommunikation werden unterdrückt. So verlangte „Rudi Z.“ in seiner Rolle als Heimleiter am Wupperfelder Altenheim gleich zu Beginn seiner Tätigkeit von den Mitarbeitenden „strikte Verschwiegenheit“ (LG Wuppertal 1976: 39). Am St. Elisabeth Krankenhaus in Neviges teilte er dem Team bei Dienstantritt mit, [...] da[ss] er es nicht dulde, da[ss] man einen Keil zwischen ihn und die Oberschwester treibe. Wer sich auf der Station nicht anpasse, werde von ihm verdrängt werden [...]“ (LG Wuppertal 1976: 114)<sup>91</sup>.

Am häufigsten wurde von Manager\*innen die Glaubwürdigkeit derjenigen in Frage gestellt, die Kritik äußerten. Zuweilen kam es sogar zu Anfeindungen. So fragte die Chefärztin der Wuppertaler Intensivstation (Fall „Michaela R.“) die Pfleger, die den Verdacht der Patient\*innentötungen meldeten, ob diese „[...] etwa ‚den Posten von Schwester [i. e. Michaela] erhaschen‘ wollten oder ‚sexuell bei ihr nicht angekommen‘ seien“ (LG Wuppertal 1989: 000131). Der um Aufklärung bemühten Stationsleitung von „Stephan L.“ wurde von der Pflegedienst- und Personalleitung vorgehalten, sie reagiere „[...] zu emotional [...] und [sei] nicht in der Lage [...], eine Beurteilung abzugeben [...]“ (Beine 2011: 290). Kollegen von „Stephan L.“ wurden wegen „[...] ihrer Anschuldigungen gerügt [...]“ (Beine 2011: 289). Die stellvertretende Stationsleitung von „Nils H.“ wurde, als sie den Missbrauch von Gilurytmal meldete, von der Stationsleitung „[...] zurechtgewiesen und angemahnt [...], sie solle ihre Kompetenzen nicht überschreiten [...]“ (LG Oldenburg 2015: 32). Am Lainzer Krankenhaus in Wien wirkte sich Kritik negativ „[...] auf die Diensterteilung [...]“ (Beine 2011: 193) aus. Als zwei Altenpflegeschülerinnen couragiert das Fehlverhalten von „Rudi Z.“ meldeten, wurden sie

---

<sup>90</sup> Auch bzgl. einer Meldung von Medikamentenmissständen im Fall „Stephan L.“ blieb eine offizielle Reaktion der Pflegedienstleitung über mehr als zwei Wochen aus (Beine 2011: 289f.).

<sup>91</sup> Schließlich konnten Zeug\*innen in der Verhandlung angeben, dass mindestens zwei Pflegekräfte, die Spannungen mit „Rudi Z.“ hatten, versetzt wurden (LG Wuppertal 1976: 114f.).

von der Internatsleiterin eingeschüchtert, „[...] sie wollten doch ein Examen machen [...]“ (LG Wuppertal 1976: 48).

Folglich herrschte in den Institutionen ein Klima des Schweigens vor. Zum einen gingen die Mitarbeitenden davon aus, dass es sich nicht lohnte, Kritik anzusprechen. Die Kolleg\*innen von „Stephan L.“ beispielsweise „[...] **resignierten** und sahen **keinen Sinn** darin, weitere Vorfälle und Probleme [mit Stephan L.] anzusprechen“ (Beine 2011: 288; Hervorhebungen durch J.W.). Die Mitarbeitenden der Wuppertaler Intensivstation verzichteten auf negatives Feedback, weil dieses nie „[...] irgendwelche positiven Wirkungen zeigte[...]“ (LG Wuppertal 1989: 000039) und „[...] grundsätzlich unerwünscht[...] [war]“ (ebd.). Zum anderen gingen die Mitarbeitenden davon aus, dass es gefährlich sei, Probleme zu thematisieren. Anders ist es nicht zu verstehen, wenn ein Arzt über die Station von „Michaela R.“ sagt, dass „[...] dort eine Atmosphäre der **Angst, sich zu beschweren** [...]“ (LG Wuppertal 1989: 000057; Hervorhebung durch J.W.), geherrscht habe, und Kolleg\*innen von „Stephan L.“ sich „[...] wenig auskunftsbereit [zeigten], weil sie nicht erneut in die Kritik der Pflegedienstleitung geraten wollten“ (Beine 2011: 289).

Dass dieses Klima des Schweigens durch eine kollektive Auslegung der Erlebnisse und Beobachtungen unter den Kolleg\*innen begünstigt wird, belegt der Fall „Stephan L.“. In diesem Fall untersagte die Pflegedienstleitung einer erfahrenen Pflegekraft, sich für dessen Arbeitsweise zuständig zu fühlen. Über diese negative Erfahrung sprach die Pflegekraft mit ihren Kolleg\*innen<sup>92</sup>, was diese zum Anlass nahmen, „[...] vorsichtig mit Kritik an Stephan L. zu sein“ (Beine 2011: 287). So entwickelten sie, obwohl sie selbst keine negativen Erfahrungen mit ihren Vorgesetzten wegen der Äußerung von Kritik gemacht hatten, in einem kollektiven sinnstiftenden Prozess das Verständnis, dass Kritik in der Institution unerwünscht ist. Auch im Fall „Michaela R.“ bestärkten sich die wissenden Kolleg\*innen gegenseitig in ihrer Annahme, dass man „[...] bei niemanden Glauben fände [...]“ (LG Wuppertal 1989: 000106)<sup>93</sup>.

Dass das „Collective Sensemaking“ gerade in Teams von Pflegenden von großer Bedeutung ist, überrascht nicht, da sich aufgrund von gemeinschaftlichen Aufgaben<sup>94</sup> in ständig variierenden Schichtbesetzungen viele Gelegenheiten zum Austausch ergeben<sup>95</sup>.

---

<sup>92</sup> Das teilt *Beine* (2011) zwar nicht mit, ergibt sich aber daraus, dass an dem Gespräch lediglich die Pflegekraft, die Stations- und Pflegedienstleitung beteiligt waren.

<sup>93</sup> „Beide **kamen** deshalb bald **überein** [...]“ (LG Wuppertal 1989: 000106; Hervorhebungen durch J.W.). „Für **beide stand sogleich fest** [...]. **Sie befürchteten** deshalb, ‚von der Chefin nicht für voll genommen zu werden‘ [...]“ (LG Wuppertal 1989: 000119f.; Hervorhebungen durch J.W.). Beim Lesen dieses Urteils (ebd.) wird ganz deutlich, dass sich die Mitarbeitenden immer wieder gegenseitig vergewisserten, dass man ihnen nicht glauben würde und dass man negative Konsequenzen zu befürchten hätte.

<sup>94</sup> Z. B.: Aufräumarbeiten, Bestell- und Kontrolltätigkeiten, Vorbereitung von Medikamenten usw.

<sup>95</sup> Häufig werden dabei Erlebnisse und Informationen aus „dritter Hand“ besprochen.

Diese Ausführungen<sup>96</sup> belegen, dass in den Institutionen, in denen Patient\*innentötungen stattfanden, praktisch alle Voraussetzungen vorlagen, die „Organizational Silence“ nach Morrison und Milliken (2000) ausmachen. Allein die Frage, ob das organisationale Schweigen auf die Angst von Manager\*innen vor negativem Feedback und bestimmte unausgesprochene Annahmen der Manager\*innen zurückzuführen ist, kann mit der vorhandenen Datenlage nicht beantwortet werden<sup>97</sup>. Dennoch ist es wahrscheinlich, dass ein solcher Zusammenhang besteht. Denn Morrison und Milliken (2000) haben unter Hinweis auf verschiedene Theorien und Studien überzeugend ausgeführt (ebd.: 708ff.), dass solche Einstellungen bei Manager\*innen in der Regel vorhanden sind.

Abschließend ist hervorzuheben, dass in den Institutionen, in denen Patient\*innentötungen stattgefunden haben, insbesondere die Verhaltensweisen von Manager\*innen ein Klima des Schweigens und somit organisationales Schweigen verursacht haben. Dieser Erkenntnis gebührt bei der Entwicklung von Präventionsmaßnahmen besondere Aufmerksamkeit.

## 7. Präventionsmaßnahmen

Patient\*innentötungen können nur dann effektiv verhindert werden, wenn nebeneinander Maßnahmen der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention zur Anwendung gebracht werden. Dabei zielt Primärprävention auf die Verhinderung von Gewalt, Sekundärprävention auf die Deeskalation von Gewalt in der Akutsituation und Tertiärprävention auf die Nachbereitung geschehener Gewalt zur Verhinderung von Rückfällen (Osterbrink & Andratsch 2015: 186f.; Grond 2007: 115ff.).

Es würde den Umfang dieser Arbeit übersteigen, alle in der Literatur diskutierten Präventionsmaßnahmen darzustellen<sup>98</sup>, zumal sich viele davon ohnehin aufdrängen oder praktisch nicht umsetzbar sind. So liegt es nahe, um nur ein Beispiel zu nennen, dass Patient\*innentötungen durch eine Verbesserung des Pflegeschlüssels verhindert werden könnten, wenn diese Maßnahme nicht an den begrenzten Ressourcen im Gesundheitswesen scheiterte<sup>99</sup>. Deshalb soll im Folgenden lediglich eine *Auswahl* solcher Maßnahmen vorgestellt

---

<sup>96</sup> Im Anhang sind ab S. 71 weitere Textbelege für „Organizational Silence“ angeführt.

<sup>97</sup> Dazu bedarf es anderer Forschungsmethoden. Beispielsweise könnten die Manager\*innen zu ihren Einstellungen befragt werden.

<sup>98</sup> Vgl. zur Prävention von Patient\*innentötungen z. B. Beine und Turczynski (2017: 167ff.), Beine (2011: 391ff.), Voigtländer (2008), Richter und Sauter (1997: 109ff.). Interessant und vielseitig sind auch die Empfehlungen des Sonderausschusses „Stärkung der Patientensicherheit und des Patientenschutzes“ des Niedersächsischen Landtages, der in Reaktion auf die Tötungen des „Niels H.“ zusammengetreten ist (Niedersächsischer Landtag 2016: 14ff.). Vgl. zur Prävention von Gewalt in der Pflege im Allgemeinen z. B. Hirsch (2017: 81ff.), Osterbrink und Andratsch (2015: 188ff.), ZQP (2015: 65ff.), Schulz (2014: 167ff.), Kienzle und Paul-Ettlinger (2010: 56ff.), Grond (2007: 115ff.), Seidel (2007: 61ff.) und Meyer (1998: 115ff.).

<sup>99</sup> Ferner zeigen die Ergebnisse der Datenanalyse, dass die Kausalität von strukturellen Zwängen für Patient\*innentötungen nicht belegt, sondern nur vermuten werden kann (siehe 4. und 5.).

werden, die sich aus den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit zwingend ergeben und/oder in der Literatur zu wenig bzw. undifferenziert Beachtung finden.

## **7.1 Sensibilisierung und Wissensvermittlung**

Damit Patient\*innentötungen verhindert werden können, müssen sie in der jeweiligen Einrichtung überhaupt für möglich gehalten werden. Außerdem muss die (v. a. institutionelle) Genese dieses Phänomens bekannt sein (Beine 2011: 393ff.; Voigtländer 2008; Meyer 1998: 115f.), weil nur dann Verdachtsmomente erkannt und sinnvolle Veränderungen angestoßen werden können. Die entsprechende Sensibilisierung und Schulung muss in erster Linie beim Führungspersonal ansetzen<sup>100</sup>, weil dieses die institutionellen Rahmenbedingungen und die Reaktion auf das Fehlverhalten von Mitarbeitern in seinem Verantwortungsbereich bestimmt<sup>101</sup>.

Außerdem muss Gewalt in der Pflege stärker als Problem auch von Kliniken wahrgenommen werden. Während die wissenschaftliche Literatur dieses Thema nämlich fast ausschließlich im Zusammenhang mit stationärer Altenpflege oder Pflege durch Angehörige untersucht, zeigt sich gerade beim Phänomen Patient\*innentötungen, dass von dieser Form der Gewalt in der Pflege überwiegend Kliniken betroffen sind (siehe 4.2.2).

## **7.2 Grenzen von Kontrollmaßnahmen**

In der Literatur werden zur Prävention von Patient\*innentötungen häufig Kontrollmechanismen, vor allem bei der Medikamentenversorgung, gefordert (Beine & Turczynski 2017: 191ff.; Beine 2011: 397; Voigtländer 2008). So spricht sich beispielsweise der Sonderausschuss des *Niedersächsischen Landtages* (2016: 15) für die Einführung des „Unit-Dose“-Verfahrens<sup>102</sup> in Kliniken aus. Damit könnte zwar der unkontrollierte Zugriff auf potentiell gefährliche Medikamente<sup>103</sup> reduziert werden<sup>104</sup>. Außerdem würden Mitarbeitende besser auf die Bestellmengen und den Medikamentenverbrauch achten. Im Fall „Lainz“ und „Niels H.“ hätten dadurch viele Taten verhindert werden können<sup>105</sup>. Aber solche Kontrollmechanismen haben Limitationen und können zu unerwünschten Nebeneffekte führen. So brachte „Rudi Z.“ Medikamente von vorherigen Dienststellen mit, „Roger A.“ und „Michaela G.“ erstickten ihre

---

<sup>100</sup> In der Literatur werden zwar häufig Schulungen für das Pflegepersonal (Niedersächsischer Landtag 2016: 19; Beine 2011: 397), nicht aber für die Führungskräfte gefordert, obwohl diese eine Hauptzielgruppe für Sensibilisierung und Schulung sein sollten.

<sup>101</sup> So hat die Fallanalyse ergeben, dass gerade das Verhalten des Führungspersonals ursächlich für das Schweigen der Mitarbeitenden war (siehe 6.2).

<sup>102</sup> Beim „Unit-Dose“-Verfahren liefert die Apotheke an die Stationen die für alle Patient\*innen individuell verpackten, für den jeweiligen Tag angeordneten Arzneimittel (p. o.; s. c.; i. v. usw.). Dieses Verfahren wurde 2016 lediglich von 23 Kliniken in Deutschland angewendet (Niedersächsischer Landtag 2016: 15).

<sup>103</sup> Einerseits kann der Zugriff auf potentielle Tatwerkzeuge eingeschränkt, andererseits der Zugang zu Suchtmitteln (wie z. B. Benzodiazepine. Relevanz diesbezüglich siehe Fall „Niels H.“ (siehe Fußnoten 23, 24)) beschränkt werden.

<sup>104</sup> Vor allem aber kommt es zu wirtschaftlichen Einsparungen durch das „Unit-Dose“ System.

<sup>105</sup> Siehe zu den Auffälligkeiten der Bestellmengen in diesen Fällen 4.3.2.

Opfer<sup>106</sup> und „Wolfgang L.“ tötete mit Luftinjektionen. Häufig kamen überdies Medikamente wie Kalium, Insulin oder Clonidin zum Einsatz<sup>107</sup>, die auch bei Anwendung des „Unit-Dose“-Verfahrens auf Station vorhanden sein müssten<sup>108</sup>. Mit anderen Worten: Kontrollmaßnahmen zur Medikamentenversorgung hätten acht der zehn Serientötungen im deutschen Sprachraum nicht verhindert.<sup>109</sup>

Außerdem können sich Kontrollmaßnahmen negativ auf das Team auswirken, indem sie den Eindruck vermitteln, dass den Mitarbeitenden kein Vertrauen entgegengebracht und ihr häufig ohnehin beschränkter Handlungsspielraum (siehe 4.3.2) weiter eingeschränkt wird. Ein schlechtes Arbeitsklima ist aber einer der Faktoren, der Patient\*innentötungen vermutlich begünstigt (siehe 4.3.2). Deshalb müssen Mitarbeitende durch entsprechende Personalführung zum offenen Ansprechen von beobachteten Missständen ermutigt werden (siehe 7.5)<sup>110</sup>.

### 7.3 Bewältigungsangebote

Um Patient\*innentötungen zu verhindern, müssen Institutionen ihren Mitarbeitenden Angebote zur Bewältigung von Frustrationen machen. Denn die Inhaltsanalyse zeigt, dass in den Einrichtungen, in denen Patient\*innentötungen stattfanden, strukturelle Zwänge bestanden (siehe 4.3.2), die nach der Frustrations-Aggressions-Hypothese naheliegend zunächst zu Frustrationen und womöglich wiederum zu Aggressionen geführt haben (siehe 5.1). Weil ein Wandel der institutionellen Rahmenbedingungen und der von diesen ausgehenden strukturellen Zwängen aber absehbar nicht möglich ist, bleibt nur, sich auf den Abbau der Frustrationen zu konzentrieren.

Als geeignetes Mittel hierzu wird in der Literatur häufig die Etablierung von Supervisionen empfohlen (Richter & Sauter 1997: 116ff.; Beine 2011: 399; Osterbrink & Andratsch 2015: 188f.; Niedersächsischer Landtag 2016: 22). Supervisionen dienen der Reflexion *beruflicher* Probleme und Fragen. Sie werden unter professioneller und externer Anleitung in Form von Einzel- oder Gruppengesprächen unter Einsatz unterschiedlicher Methoden durchgeführt. Auch wenn der Begriff nicht einheitlich definiert ist, wird unter Supervision meist eine Form der

---

<sup>106</sup> Auch in einigen Fällen am Lainzer Krankenhaus wurden Patient\*innen erstickt (siehe hierzu Tabelle 2, S. 47, Fußnote 153).

<sup>107</sup> Siehe hierzu auch Tabelle 2 im Anhang, ab S. 46.

<sup>108</sup> Gerade auf Intensivstationen werden diese Arzneimittel in großen Mengen verbraucht. Dabei genügen bei entsprechender Verabreichung beispielsweise 20 ml Kalium, um einen Menschen zu töten. Kontrollen, mit deren Hilfe solche geringen Reduktionen des Medikamentenbestands aufgespürt werden können, sind im Klinikalltag nicht praktikabel.

<sup>109</sup> Andere Kontrollmaßnahmen wie verbesserte Leichenschauen oder Monitoring von Mortalitätsstatistiken erscheinen hingegen sinnvoll (Niedersächsischer Landtag 2016: 23, 26ff.), weil mit diesen in allen Fällen Auffälligkeiten bemerkt worden wären. Außerdem gehen diese Maßnahmen im Vorfeld mit einer expliziten Sensibilisierung und Schulung für das tabuisierte Phänomen Patient\*innentötungen einher.

<sup>110</sup> Die Inhaltsanalyse hat ergeben, dass die Missstände dem Team in den meisten Fällen bekannt waren (siehe 4.3.2 und 6.2).

Beratung verstanden, in der nicht nur Probleme analysiert, sondern auch Handlungsalternativen erarbeitet werden (Schwarz 2009b: 143ff.). Sie „[...] leisten somit einen wesentlichen Beitrag zur Entlastung Pflegender“ (Osterbrink & Andratsch 2015: 189).<sup>111</sup>

Supervisionen sind besonders geeignet zur Prävention von Patient\*innentötungen, weil in ihnen sowohl die Versorgung herausfordernder Patient\*innen bzw. Bewohner\*innen (Fallsupervision) als auch Konflikte im Team (Teamsupervision) bearbeitet werden können – beides Aspekte, die nach der Inhaltsanalyse in den Einrichtungen, in denen Patient\*innentötungen stattgefunden haben, problemrelevant waren und der Bearbeitung bedurften (siehe 4.3.2).

Es ist ein Vorteil von Supervisionen, dass die Teilnehmenden miteinander kommunizieren, Lösungsansätze erarbeiten und dadurch zur Organisationsentwicklung beitragen (Osterbrink & Andratsch 2015: 188f.)<sup>112</sup>. Dabei wird ihr Handlungsspielraum erweitert, weil sie sich mit ihren Ideen einbringen können. In der Folge fühlen sie sich mehr wertgeschätzt. Deshalb lassen sich mithilfe von Supervisionen gleich mehrere der problemrelevanten institutionellen Rahmenbedingungen (siehe Kategorien 4.3.2) optimieren. Das kann aber nur funktionieren, wenn Supervisionen interdisziplinär durchgeführt werden, weil nur so Konflikte zwischen den Berufsgruppen aufgelöst und tragbare Versorgungsmodelle für herausfordernde Patient\*innen bzw. Bewohner\*innen erarbeitet werden können.<sup>113</sup>

Sowohl *Osterbrink* und *Andratsch* (2015: 188) als auch *Richter* und *Sauter* (1997: 117f.) führen überdies an, dass sich Supervisionen auch dafür eignen, für vorhandene Sprachmuster im Team zu sensibilisieren. Das ist gerade im Hinblick auf Patient\*innentötungen von besonderer Bedeutung, weil mit diesen häufig ein unangemessener, inhumaner Sprachgebrauch einhergeht (siehe 4.3.2; Beine 2011: 356ff. und 394).

Allerdings sind Supervisionen ressourcenintensiv und können ihre Wirkung nur entfalten, wenn sie von *Führungskräften* gefördert und gelebt werden (Niedersächsischer Landtag 2016: 22). Sie müssen fester Bestandteil des beruflichen Alltags sein und in der regulären Arbeitszeit durchgeführt werden (Osterbrink & Andratsch 2015: 189)<sup>114</sup>.

---

<sup>111</sup> Für ausführlichere Informationen zu den Chancen und Möglichkeiten von Supervision in der Pflege empfiehlt sich die Dissertation von *Schwarz* (2009b). Diese legt überzeugend dar, dass sich der konsequente Einsatz von Supervision zudem für eine weitere Professionalisierung der Pflege anbietet.

<sup>112</sup> Supervision geht somit über die Bewältigung und den Abbau von Frustrationen deutlich hinaus (siehe auch Fußnote zuvor).

<sup>113</sup> Außerdem bieten Supervisionen eine gute Gelegenheit, das der Pflegebeziehung immanente Machtgefälle zwischen Patient\*in bzw. Bewohner\*in und Pflegekraft immer wieder kritisch zu reflektieren (siehe hierzu die Ausführungen zu *Goffmans* (1973) Konzept der „totalen Institution“, 5.2).

<sup>114</sup> Der Sonderausschuss des *Niedersächsischen Landtages* (2016: 22) plädiert dafür, die verbindliche Etablierung von Supervisionen in die Qualitätsmanagement-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses aufzunehmen.

Zur Prävention von Patient\*innentötungen sind neben Supervisionen auch Gesprächs- und Beratungsangebote zur Bewältigung privater Problemlagen der Mitarbeitenden geeignet<sup>115</sup>. Denn die Inhaltsanalyse hat gezeigt, dass viele Täter\*innen persönliche Probleme hatten (siehe 4.3.1), die möglicherweise alternativ oder zusätzlich gewaltfördernde Frustrationen verursacht haben (siehe 5.1)<sup>116</sup>.

#### 7.4 Innovative Versorgungskonzepte unter Federführung von APN's

Die Ergebnisse der Fallanalyse und die Ausführungen zu *Goffmans* (1973) Konzept der „Totalen Institutionen“ (siehe 4. und 5.2) belegen die Notwendigkeit, in Kliniken und Pflegeeinrichtungen Strukturen und Versorgungsprozesse zu reorganisieren, um die Patient\*innen- bzw. Bewohner\*innen- und Mitarbeiter\*innenorientierung zu verbessern (Richter & Sauter 1997: 115ff.). Dazu müssen innovative und wissenschaftlich fundierte, aber auch realisierbare Versorgungskonzepte *interdisziplinär* entwickelt, implementiert und fortlaufend evaluiert werden<sup>117</sup>.

Die Inhaltsanalyse der Daten hat gezeigt, dass zur Prävention von Patient\*innentötungen Versorgungskonzepte für die Gruppe von multimorbiden, hochbetagten und/oder schmerzgeplagten Patient\*innen bzw. Bewohner\*innen entwickelt werden müssen<sup>118</sup>. Dabei muss berücksichtigt werden, dass immer mehr Menschen in Institutionen versterben, wo sie bis zuletzt eine Maximalversorgung erhalten (siehe 4.3.3). Deshalb bedarf es in dieser Phase einer professionellen Begleitung *aller* Beteiligten.<sup>119</sup>

Weil der mangelnde Einfluss von Pflegenden auf die Patient\*innen- bzw. Bewohner\*innenversorgung eine mögliche Ursache von Patient\*innentötungen ist (siehe 4.3.2)<sup>120</sup>, sollten solche Versorgungskonzepte einen *autonomen Handlungsspielraum* für

---

<sup>115</sup> Z. B. anonyme Sucht- oder Schuldnerberatung, Angebote für Mitarbeitende mit Mehrfachbelastungen (alleinerziehende oder pflegende Angehörige).

<sup>116</sup> Führungskräfte müssen viel Einfühlungsvermögen und kommunikative Kompetenz an den Tag legen, um weder die Probleme von Mitarbeitern zu übersehen noch zu sehr in deren Privatsphäre einzudringen. Für eine derartige Personalführung müssen die Leitungskräfte intensiv geschult werden (Richter & Sauter 1997: 120).

<sup>117</sup> Beispielsweise ermöglicht das von Wissenschaftler\*innen der HAW Hamburg (KoPM®-Zentrum HAW Hamburg 2017) entwickelte *KoPM®-Modell* (Kooperatives Prozessmanagement im Gesundheitswesen), Behandlungsprozesse in Kliniken zu verbessern, interdisziplinär zu organisieren und dabei den Handlungsspielraum für Pflegenden zu erweitern (Dahlgaard & Stratmeyer 2006).

<sup>118</sup> Hierbei sollte auf den Wissensfundus aus dem Bereich *Palliative Care* zurückgegriffen werden.

<sup>119</sup> Bei der Entwicklung solcher Konzepte müssen ethische Fragen nach den „[...] Grenzen der humanitären Zumutbarkeit der Behandlung für den Patienten, nach den Grenzen zumutbarer psychischer Belastungen für Ärzte, Schwestern, Pfleger in ‚aussichtslosen, hoffnungslosen‘ Fällen, nach deren Grenzen berufsethischer Verpflichtung zur Lebenserhaltung und Lebensverlängerung [...]“ (Maisch 1997: 402 f.) gestellt werden. Auch wenn sich die Gesellschaft der Auseinandersetzung mit diesen Fragen verweigert, stehen die Institutionen der Gesundheitsversorgung in der Pflicht, diese Fragen immer wieder in die öffentliche Diskussion zu tragen und ergebnisorientiert zu bearbeiten.

<sup>120</sup> Im deutschsprachigen Raum wurden Patient\*innentötungen ausschließlich von Täter\*innen aus der Pflege begangen (siehe 4.2.1). Es liegt deshalb nahe, dass die besondere Situation dieser Berufsgruppe (z. B. mangelnder Einfluss, geringe Wertschätzung) eine mögliche Ursache dieses Phänomens ist (Richter & Sauter 1997).

*Pflegende*<sup>121</sup> vorsehen. Dafür spricht auch *Goffmans* (1973) Konzept der „Totalen Institutionen“ (siehe 5.2), das besagt, dass Reglementierungen in den Institutionen gleichermaßen das Personal betreffen, dessen Handlungsspielraum einschränken und so zu Frustrationen, Konflikten und Gewalt führen (ebd.)<sup>122</sup>.

Ein möglicher Baustein innovativer Versorgungskonzepte ist die Schmerzversorgung. Denn die Fallanalyse zeigt, dass die Pflegenden in den Institutionen, in den Patient\*innentötungen stattgefunden haben, häufig unter dem unzureichenden Schmerzmanagement der Patient\*innen bzw. Bewohner\*innen litten (siehe 4.3.2). Wie *Osterbrink* und *Andratsch* (2015: 204ff.) zurecht betonen, wirken sich Schmerzen nicht nur auf die Betroffenen selbst, sondern auch auf deren Umfeld aus.

Es sollte Standard sein, dass Ärzt\*innen vorsorglich ein breites Spektrum an möglichen analgetischen Bedarfsmedikamenten anordnen, damit Pflegende in der Akutsituation eigenständig handeln können. Das setzt freilich entsprechende Schulungen voraus<sup>123</sup>, die sich auch auf alternative Interventionen (z. B.: progressive Muskelrelaxation nach Jacobson) erstrecken sollten.<sup>124</sup> Auf Stationen, die häufig Schmerzpatient\*innen versorgen, sollten Pain- bzw. Palliative-Care-Nurses nach einem festen Schlüssel tätig sein. Außerdem sollte ein Schmerzmonitoring (z. B. anhand einer numerischen Schmerzskala) eingesetzt und systematisch ausgewertet werden, weil nur so erkannt werden kann, ob es Defizite im Schmerzmanagement gibt.<sup>125</sup>

Die Entwicklung, Implementierung und Evaluierung solcher innovativen Versorgungskonzepte ist ein optimales Einsatzgebiet von APN's (Advanced Practice Nurses) – akademisch ausgebildeten Pflegekräfte<sup>126</sup> – die in die direkte Patientenversorgung eingebunden sind

---

<sup>121</sup> Auch Patient\*innen bzw. Bewohner\*innen benötigen einen größeren Handlungsspielraum (Meyer 1998: 128ff.). Denn nach *Goffman* (1973: 24ff.) nehmen diese infolge von Reglementierungen eine Anstaltsidentität an, die Gewalt in Form von Herabwürdigungen begünstigt. Deshalb ist es wichtig, dass den Pflegenden Zeit für Biographiearbeit zur Verfügung steht, sie die Intimsphäre der Patient\*innen bzw. Bewohner\*innen beachten und diese dazu ermutigen, ihre Identität auch in der Institution zu bewahren. Entsprechend sollten Aufenthaltsräume für erwachsene Patient\*innen ebenso selbstverständlich sein wie „Spielzimmer“ in Kinderkliniken. Patient\*innen bzw. Bewohner\*innen sollten darin unterstützt werden, private Kleidung zu tragen und persönliche Gegenstände zur Gestaltung ihrer Zimmer mitzubringen. (Mir selbst fällt im beruflichen Alltag auf, dass ich Patient\*innen eher als Individuen wahrnehme, wenn sie ein Familienfoto aufgestellt haben, weil ein solches Foto Anlass für Gespräche sein kann und verdeutlicht, dass der\*die Patient\*in ein individuelles Schicksal außerhalb des Krankenhauses hat. Außerdem mögen es Patient\*innen, wenn sie ihr Zimmer individuell gestalten können.)

<sup>122</sup> Vor diesem Hintergrund kann nicht nachvollzogen werden, dass es in der Kliniklandschaft immer noch üblich ist vorzuschreiben, welche Versorgungsschritte in welcher Schicht und bis wann zu erfolgen sind. Vielmehr sollte eine Primary Nurse die Versorgung individuell und bedarfsgerecht planen.

<sup>123</sup> Die Fallanalyse zeigt, dass auch bei Ärzt\*innen ein Schulungsbedarf zum Schmerzmanagement besteht. Teilweise fehlte es bei diesen an dem Willen, eine schmerzfreie Versorgung zu garantieren.

<sup>124</sup> Häufig haben die Pflegenden bereits gute Kompetenzen in der Schmerzversorgung. Diese Ressourcen können aber aufgrund mangelnder Befugnisse nicht sinnvoll genutzt werden.

<sup>125</sup> Die Implementierung eines solchen Schmerzmanagements führt zur weiteren Professionalisierung der Pflege und bringt für die Pflegenden erweiterte Befugnisse und damit mehr Wertschätzung und Erfolgserlebnisse.

<sup>126</sup> Masterabschluss an akkreditierten Hochschulen (MSc bzw. MNS).

(DNAPN 2011). Gerade von diesen ist aufgrund ihrer Sozialisation zu erwarten, dass sie die Forderungen nach Praxistauglichkeit und Wissenschaftlichkeit gleichermaßen im Blick haben. Einen ähnlichen Ansatz haben vor zwanzig Jahren bereits *Richter* und *Sauter* (1997: 122) verfolgt, indem sie zur Prävention von Patient\*innentötungen den Einsatz von Expertenwissen bei herausfordernden Patient\*innen bzw. Bewohner\*innen in Form eines besonders qualifizierten „Konsiliarpflegedienstes“ gefordert haben.

Mit Hilfe von APN's könnten außerdem Mitarbeiter\*innenschulungen in den Berufsalltag auf Station bzw. im Wohnbereich integriert werden. Damit könnten Überforderungssituationen aufgrund von mangelndem Fachwissen oder unzureichender Qualifikation vermieden werden, die nach der Inhaltsanalyse der Daten eine weitere mögliche Ursache von Patient\*innentötungen sind.<sup>127</sup>

Der Einsatz von APN's ist derzeit jedoch nicht in großem Umfang möglich. In Deutschland gibt es aktuell nur vier Hochschulen<sup>128</sup>, die eine Qualifizierung auf Masterniveau anbieten (DNAPN 2017). Darüber hinaus wird die Finanzierung der dringend notwendigen Akademisierung in der Pflege nicht selten den Studierenden überlassen. Die Institutionen des Gesundheitswesens sollten sich daher dringend für einen Ausbau des Studienangebotes und für eine nachhaltige Finanzierung einsetzen. Vor allem bedarf es Stellen, die für APN's attraktiv sind, ihrer Qualifizierung gerecht werden und Raum für Forschung vorsehen.<sup>129</sup>

## 7.5 „Voice Behavior“ und Fehlerkultur

Die bisherigen Ergebnisse machen deutlich, dass dem Führungspersonal bei einer erfolgreichen Prävention von Patient\*innentötungen eine Schlüsselrolle zukommt, indem es in der Verantwortung steht, das Schweigen der Mitarbeitenden aufzubrechen.<sup>130</sup>

Zum einen ist das Verhalten von Vorgesetzten ein gewichtiger Faktor bei der Entstehung von organisationalem Schweigen. Deshalb müssen Vorgesetzte ihren Beitrag (siehe 6.2) zur Entstehung dieses Phänomens erkennen (Henriksen & Dayton 2006: 1551) und ihr Verhalten dahingehend ändern, dass sie mit diesem nicht ein Klima des Schweigens begünstigen.

---

<sup>127</sup> Es ist fraglich, ob sich die angespannte Personalsituation in der Pflege verbessern lässt. Umso wichtiger ist es, dass die Institutionen ihr vorhandenes Personal fachlich gut für die komplexen Herausforderungen vorbereiten.

<sup>128</sup> Fachhochschule Frankfurt am Main, Hochschule für angewandte Wissenschaften Hamburg, Fachhochschule Jena und Hochschule für angewandte Wissenschaften München.

<sup>129</sup> Auch wenn der Mangel an Versorgungskonzepten bedauerlich ist, gewährt er der Pflege eine Chance zur Professionalisierung, die es zu ergreifen gilt.

<sup>130</sup> In der Literatur wird zwar die Bedeutung des Schweigens für die Entstehung von Serien von Patient\*innentötungen erkannt, dabei aber vernachlässigt, dass das Schweigen seinerseits durch Organisationsstrukturen und Verhaltensweisen von Vorgesetzten, also institutionell verursacht wird (siehe 6.).

Zum anderen sollten Vorgesetzte „Voice Behavior“<sup>131</sup>, also die *Äußerung von Kritik*, die konstruktiv auf Verbesserung und Innovation abzielt (Morrison 2011: 375f.; Pundt 2013: 287), durch ihr Verhalten *aktiv* fördern (Pundt 2013: 291)<sup>132</sup>. Denn das Verhalten von Vorgesetzten ist einer der wichtigsten Einflussfaktoren für das Verhalten von Mitarbeitenden (Nerdinger 2011: 82ff.). Dazu würde es bereits ausreichen, wenn sich Vorgesetzte die Zeit dafür nehmen würden, ihre Mitarbeitenden regelmäßig zu konsultieren und gezielt nach kritischem Feedback und Verbesserungsvorschlägen zu fragen<sup>133</sup>. So konnten *Tangirala* und *Ramanujam* (2012) in einer Studie zu „Employee Voice“ – mit einer beachtlichen Stichprobe von 640 Pflegekräften und 61 Manager\*innen (ebd.: 262) – belegen, dass es einen Zusammenhang zwischen Konsultation durch Führungskräfte und „Voice Behavior“ gibt (ebd.: 266ff.). Dabei ist das „Voice Behavior“ umso ausgeprägter, je höher der Status der konsultierenden Führungskraft in der Organisation ist (ebd.: 271f.). Die Erklärung dafür ist naheliegend, dass Mitarbeitende Manager\*innen mit höherem Status größere Einflussmöglichkeiten zuschreiben und deshalb eher damit rechnen, dass ihr „Voice Behavior“ zu Veränderungen führt (ebd.). Daher sollten in Kliniken und Pflegeheimen nicht nur Stations- bzw. Wohnbereichsleitungen, sondern auch übergeordnete Vorgesetzte<sup>134</sup> die Mitarbeitenden konsultieren. Ein positiver Nebeneffekt könnte sein, dass sich die Mitarbeitende deshalb mehr wertgeschätzt fühlen<sup>135</sup>.

Zur Prävention von Patient\*innentötungen ist zudem dringend die Implementierung einer non-punitiven Fehlerkultur geboten<sup>136</sup>, die Kommunikation und Analyse von Fehlern in den Mittelpunkt stellt und Schuldzuweisungen meidet (Beine & Turczynski 2017: 186ff.; Osterbrink & Andratsch 2015: 209ff.; Grond 2007: 118). Dazu bedarf es eines funktionierenden Changemanagements, das auf der Führungsebene angesiedelt ist (Euteneier 2015b: 295f.).

Bestandteile einer non-punitiven Fehlerkultur, welche sich besonders für die Prävention von Patient\*innentötungen eignen, sind beispielsweise Whistleblowing-Systeme und Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (M&M-Konferenzen) (Niedersächsischer Landtag 2016: 24f. und 26). Whistleblowing-Systeme zeichnen sich im Gegensatz zum klassischen Whistleblowing dadurch aus, dass Institutionen Hinweise an einer zentralen Anlaufstelle entgegennehmen und dann strukturiert und unternehmensintern bearbeiten (Deffland 2015: 439). Weil ein Klima des

---

<sup>131</sup> Das Konzept „Voice Behavior“ geht auf *Van Dyne* und *LePine* (1998) zurück (Morrison 2011: 375ff.; Pundt 2013: 285ff.).

<sup>132</sup> Schließlich wussten die Mitarbeitenden um die Missstände in den Institutionen (siehe 4.3.2 und 6.2). Man hätte ihr Wissen jedoch generieren müssen.

<sup>133</sup> „Voice Behavior“ kann auch durch Partizipationsinstrumente wie Ideenwettbewerbe, ein betriebliches Vorschlagswesen oder Qualitätszirkel gefördert werden (Pundt 2013: 285f.).

<sup>134</sup> Beispielsweise Verwaltungsdirektor\*innen, ärztliche Direktor\*innen, Bereichs-, Pflegedienst-, Heim- oder Zentrumsleitungen.

<sup>135</sup> Auch mangelnde Wertschätzung der Pflegenden begünstigt wahrscheinlich Patient\*innentötungen (siehe 4.3.2).

<sup>136</sup> Einen instruktiven Überblick zum Thema Fehlerkultur im Gesundheitswesen gibt *Euteneier* (2015a) in dem „Handbuch Klinisches Risikomanagement“.

Schweigens begünstigt wird, wenn Mitarbeitende wegen der Meldung von Missständen Sanktionen befürchten (siehe 6.), sollte ein solches Whistleblowing-System so eingerichtet sein, dass Hinweise anonym abgegeben und nicht auf einzelne Melder\*innen zurückverfolgt werden können (Niedersächsischer Landtag 2016: 24)<sup>137</sup>.

Whistleblowing-Systeme haben viele Vorteile: Schon ihre bloße Existenz führt zu einer Sensibilisierung bei den Mitarbeitenden. Außerdem können mit ihrer Hilfe Fehler „geräuschlos“ behoben und dadurch das Image der Einrichtung geschützt werden (Deffland 2015: 440f.)<sup>138</sup>. Ihr Nachteil besteht darin, dass sie personalintensiv und teuer sind (Deffland 2015: 441)<sup>139</sup>. Dennoch kann auf sie nicht verzichtet werden, weil die Entstehung eines Klimas des Schweigens nur dann verhindert werden kann, wenn den Mitarbeitenden vermittelt wird, dass ihre Kritik beachtet wird und es sinnvoll ist, Missstände zu melden. Umso bedauerlicher ist es, dass nach *Schneider et al.* (2013)<sup>140</sup> nur 26,1% der Einrichtungen im Gesundheitswesen über solche Whistleblowing-Systeme verfügen, während in anderen Branchen 44,4% der Unternehmen mit solchen Systemen arbeiten<sup>141</sup>.

Bei M&M-Konferenzen handelt es sich um regelmäßige, berufsgruppenübergreifende und strukturierte Besprechungen, in denen „[...] unerwartete bzw. fehlerhafte, seltene sowie außergewöhnliche Behandlungsverläufe [...] aufgearbeitet [werden] [...]“ (Chop & Eberlein-Gonska 2015: 569)<sup>142</sup>. Sie zielen nicht auf Schuldzuweisung („no-blame culture“), sondern individuelles und organisationales Lernen und damit auf eine bessere Versorgungsqualität. Komplikationen<sup>143</sup> sollen also in Lernerfahrungen für alle Mitarbeitenden umgewandelt werden (ebd.: 569 und 571f.).

Weil M&M-Konferenzen nicht nur anlassbezogen, sondern regelmäßig (üblich: 1mal im Monat) stattfinden (Chop & Eberlein-Gonska 2015: 572), stellen sie eine ideale Plattform dar, verschiedene Auffälligkeiten in den Institutionen zur Sprache zu bringen. Sie verdeutlichen den Mitarbeitenden, dass Aufwärtskommunikation erwünscht ist. Außerdem ermöglichen sie den

---

<sup>137</sup> Diese Voraussetzungen sind bei dem Fehlermeldesystem CIRS (Critical Incident Reporting System) nicht erfüllt (Niedersächsischer Landtag 2016: 24f.). Zu weiteren Limitationen von CIRS siehe *Euteneier* (2015a: 606ff.).

<sup>138</sup> „Geräuschlose“ Problembearbeitung bedeutet nicht Vertuschung: So kann die Ausstattung von „Nils H.“ mit einem ausgezeichneten Arbeitszeugnis (siehe 4.3.2) nicht als interne Problembearbeitung im Sinne eines Whistleblowing-Systems verstanden werden.

<sup>139</sup> Dass Whistleblowing-Systeme zur Denunziation missbraucht werden, hat sich in der Praxis bisher nicht bestätigt und kann daher nicht als Nachteil angeführt werden. So verweist *Deffland* (2015: 442) auf Untersuchungen der Telekom AG und des Landeskriminalamtes Niedersachsen, nach denen der Anteil von solchen Hinweisen bei unter 0,3% liegt.

<sup>140</sup> *Schneider et al.* (2003) zitiert nach: *Deffland* (2015: 440).

<sup>141</sup> Auch der Sonderausschuss des *Niedersächsischen Landtags* (2016: 17) führt in Bezug auf Fehlermeldesysteme im Allgemeinen an, dass nur etwa jede zweite Klinik in Deutschland Fehlermeldesysteme umsetzt.

<sup>142</sup> Auch dieses Instrument ist sehr ressourcenintensiv in der Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung.

<sup>143</sup> Um bei den Mitarbeitenden die Bereitschaft zu wecken, Komplikationen anzusprechen, wird der Gegenstand der M&M-Konferenzen streng vertraulich behandelt. Verstöße werden konsequent sanktioniert (Chop & Eberlein-Gonska 2015: 572).

interdisziplinären Austausch (ebd.: 571), an dem es in fast allen Fällen von Patient\*innentötungen gefehlt hat (siehe 4.3.2).<sup>144</sup>

## 8. Fazit

Zusammenfassend gilt es festzuhalten, dass Patient\*innentötungen zwar immer auf einem Zusammenspiel von Personen, Institutionen und Gesellschaft beruhen. Berücksichtigt man aber, dass der Begriff der Patient\*innentötung so definiert ist, dass er eine *Serie* von Tötungen voraussetzt, liegt die Hauptverantwortung bei den Institutionen und – in erster Linie – deren Führungspersonal. Denn zu einer Serie von Tötungen kann es nur kommen, wenn die Mitarbeitenden über Missstände und Verdachtsmomente schweigen, wozu einerseits die Verhaltensweisen des Führungspersonals und andererseits die Strukturen und Grundsätze der Institutionen beitragen, die ihrerseits wiederum durch das Führungspersonal aufgrund seiner Gestaltungshoheit und seiner Einflussmöglichkeiten auf die Mitarbeitenden geprägt wird. Patient\*innentötungen sind deshalb meines Erachtens immer auch Ausdruck von Führungsversagen – ein Aspekt, der bisher zu wenig beachtet wurde.

Der entscheidende Erkenntnisgewinn dieser Arbeit wurde dadurch erzielt, dass das Modell der „Organizational Silence“ von *Morrison* und *Milliken* (2000) auf das Phänomen der Patient\*innentötungen angewendet wurde<sup>145</sup>. So konnte nicht nur der Beitrag von Institutionen und von deren Führungspersonal zu dem Phänomen Patient\*innentötungen besser verständlich gemacht werden, sondern auch Ansätze zu geeigneten und praktisch realisierbaren Präventionsmaßnahmen aufgezeigt werden. Nun gilt es, diese Ansätze auszuarbeiten, in Kliniken und Pflegeeinrichtungen zu implementieren und zu evaluieren sowie weitere Forschung zum organisationalen Schweigen speziell unter Berücksichtigung der Gesundheitsbranche voranzutreiben. Damit wird auch für akademisch qualifizierte Pflegekräfte ein Handlungsfeld eröffnet, das ihrer Qualifizierung gerecht wird und damit die Professionalisierung der Pflege vorantreibt.

Indessen ist Vorsicht geboten bei Aussagen zur Kausalität von strukturellen Zwängen für Patient\*innentötungen. Zwar sprechen viele Anhaltspunkte für eine solche Kausalität, sie lässt sich mit den ausgewerteten Daten aber nicht stichhaltig belegen. Trotzdem gilt es, strukturelle Zwänge, wie sie in allen hier untersuchten Fällen nachgewiesen werden konnten, abzubauen.

---

<sup>144</sup> Die Berliner *Charité* (o. J.), in der es zwischen 2005 und 2006 auf der kardiologischen Intensivstation zu Patient\*innentötungen kam (Fall „Irene B.“), entwickelte beispielsweise ein Standardformat zur Durchführung und Dokumentation von M&M-Konferenzen, das auf Intensivstationen umgesetzt wird.

<sup>145</sup> Zumal Erkenntnisse zu organisationalem Schweigen auch ganz unabhängig von Patient\*innentötungen für die Institutionen von Interesse sein sollten. Man denke an Pflege- und/oder Behandlungsfehler.

Denn sie gehen mit einer nicht hinnehmbaren Beeinträchtigung für die Pflegenden in Form von struktureller Gewalt einher.

Zu den Limitationen der vorliegenden Arbeit wurde bereits im Methodenteil ausführlich Stellung genommen. Ergänzend sei angemerkt, dass diese Arbeit auf einer Menge von Daten beruht, die schon aufgrund ihres beträchtlichen Umfangs nur selektiv ausgewertet werden konnten. Dennoch wäre es keine Alternative gewesen, auf die Analyse dieser Daten zu verzichten und Informationen zu den Fällen von Patient\*innentötungen ausschließlich aus der – ohnehin nur spärlich vorhandenen – wissenschaftlichen Literatur zu beziehen. Denn diese beruht<sup>146</sup> fast ausschließlich entweder auf der Berichterstattung von Zeitungen oder den Fallstudien von *Beine* (2011). Dieser hat mit seinen Fallstudien (ebd.) zwar einen entscheidenden – wenn nicht sogar den entscheidenden – Beitrag zur Erforschung von Patient\*innentötungen im deutschsprachigen Raum geleistet<sup>147</sup>. Sein eher an der Entstehung individueller Handlungen ausgerichtetes Erkenntnisinteresse als Psychiater und Psychotherapeut deckt sich aber nicht notwendig mit dem der Pflegewissenschaft, das eher auf Ansatzpunkte für Präventionsmaßnahmen ausgerichtet ist. Deshalb bedarf es einer neuen Analyse der vorhandenen Daten durch weitere Wissenschaftler\*innen. Hierzu leistet diese Arbeit durch Auswertung von fünf Urteilen und der Wiedergabe von möglichst vielen unverfälschten Belegen in Form von direkten Zitaten<sup>148</sup> zumindest einen kleinen Beitrag.

Erst aufgrund der Lektüre dieser Urteile im Original wurde mir deutlich, wie viele unterschiedliche Faktoren Patient\*innentötungen begünstigen und welchen erheblichen Beitrag Institutionen und Führungskräfte zu diesem Phänomen leisten – eine Einsicht, die ich allein durch Lektüre von zusammenfassenden Fallbeschreibungen nicht gewonnen hätte. So ist es eindringlicher, zu lesen, dass die Chefärztin auf Missstände aufmerksam machende Pflegende fragt, ob diese „[...] ‚sexuell bei [der Beschuldigten] [...] nicht angekommen‘ seien“ (LG Wuppertal 1989: 000131), als zu lesen, dass Vorgesetzte die Anschuldigungen nicht ernst genommen hätten. Ebenso kann man sagen, dass die Kommunikation inhuman gewesen sei, aber zu hören, dass Mitarbeitende zu Bewohner\*innen sagen: „Hätt’ste nicht so viel gefressen, wärst du nicht so dick [...]“ (LG Wuppertal 1976: 53), ist dann doch etwas anderes. Deshalb halte ich es für ein erstrebenswertes Ziel, einen Workshop für Führungskräfte von Stationen bzw. Wohnbereichen mit hohem Risikopotential zu entwickeln, in dessen Zentrum die Arbeit an den Originaldaten steht.

---

<sup>146</sup> Im deutschsprachigen Raum.

<sup>147</sup> Deshalb ist es zu bedauern, dass sein aktuelles Werk zu dieser Thematik (Beine & Turczynski 2017) überwiegend populärwissenschaftlich ausgerichtet ist.

<sup>148</sup> *Beine* (2011) arbeitet häufig auch mit frei formulierten Zusammenfassungen und bei den direkten Zitaten mangelt es an Seiten- bzw. Randnummernangaben.

Wie dringend solche Workshops benötigt werden, wird auch dadurch belegt, dass die Staatsanwaltschaft Frankenthal aktuell Ermittlungen wegen des Verdachts eines neuen Falls von Patient\*innentötungen aufgenommen hat. Gleich drei Mitarbeiter\*innen des Pflegedienstes eines Seniorenheimes in Lambrecht sollen demente Bewohner\*innen verletzt und getötet haben (Kreuzer 2017; SWR Aktuell 2017). Dass es somit bald elf nachgewiesene Fälle von Patient\*innentötungen geben könnte, ist zwar kein erfreulicher Ausblick, jedoch stellt es eine Motivation dar, diese Thematik weiter wissenschaftlich zu bearbeiten.

## 9. Anhang

Tabelle 1: Übersicht Gerichtsurteile und Rechercheverlauf (deutscher Sprachraum)

Fall Gericht (Jahr) <sup>149</sup> Aktenzeichen	Akteneinsicht (ja/nein)	Informationen
<b>1) Fall „Rudi Z.“</b> LG Wuppertal (1976) 30 Ks 1/75 (46/75 V)	✓ ja	Urteil von der Staatsanwaltschaft Wuppertal erhalten. Umfang: 302 Seiten.
<b>2) Fall „Reinhard B.“</b> LG Freiburg (1981) Ks 1/77 VII AK 47/79	(-) nein	Die Akten wurden von der Staatsanwaltschaft Freiburg bereits ausgesondert (Schreiben des Leitenden Oberstaatsanwalts vom 30.05.2017, Aktenzeichen 145 E). Auch beim Staatsarchiv Freiburg wurde leider erfolglos angefragt.
<b>3) Fall „Michaela R.“</b> LG Wuppertal (1989) 25 Ks 26 Js 233/86 (21/88 V)	✓ ja	Urteil von der Staatsanwaltschaft Wuppertal erhalten. Umfang: 255 Seiten.
<b>4) Fall „Lainz“</b> LG Wien (1991) 20 K Vr 3624/89 Hv 6524/90	(-) nein	Kopierkosten von fast 200 € übersteigen das Budget der Autorin.
<b>5) Fall „Wolfgang L.“</b> LG Bielefeld (1993) 10 Ks Js 572/90 StA Bielefeld – L1/92 X	(-) nein	Das Urteil ist laut Staatsanwaltschaft Bielefeld bereits vernichtet (Schreiben des Leitenden Oberstaatsanwalts vom 18.05.2017, Aktenzeichen 145 E – 838).
<b>6) Fall „Roger A.“</b> Kriminalgericht Kanton Luzern (2005) 01 04 43	(-) nein	Keine Rückmeldung erhalten.

<sup>149</sup> Die Jahresangaben beziehen sich auf das Jahr der Verurteilung.



Tabelle 2: Übersicht Patient\*innentötungen (deutscher Sprachraum) (Beine 2011: 93ff. und 346f.; LG Wuppertal 1976 & 1989; LG Kempten 2006; LG Berlin 2007; LG Oldenburg 2015)

<b>Täter*innen</b> ♂/♀ (Jahr Gerichtsurteil)	<b>Beruf</b> (Alter in Jahren <sup>150</sup> ) ggf. Qualifikation/Funktion	<b>Tatort</b>	<b>Todesopfer</b> → juristisch nachweisbar (Verdachtsfälle <sup>151</sup> )	<b>Tatzeitraum</b>	<b>Tötungsmethode</b>
<b>1) „Rudi Z.“</b> ♂ (1976)	Gesundheits-/Krankenpfleger (47) Heimleiter, Stationsleitung, gab sich als Diakon aus <sup>152</sup>	Deutschland, Evangelisches Altenheim Wupperfeld in Wuppertal, St. Elisabeth Krankenhaus in Neviges, St. Elisabeth Krankenhaus Hattingen-Blankenstein, Chirurgie	2 (9)	8 Monate	Gabe von Scophedalforte (i. v.) und/oder Dominal (rektal)
<b>2) „Reinhard B.“</b> ♂ (1981)	Gesundheits-/Krankenpfleger (31)	Deutschland, Krankenhaus Rheinfelden, Interdisziplinäre ITS	7 (10)	4 Tage	Gabe von Digitalis (i. v.)

<sup>150</sup> Zum Zeitpunkt der Verurteilung.

<sup>151</sup> Zusätzlich zu den juristisch nachgewiesenen Tötungen.

<sup>152</sup> „Rudi Z.“ bestand zwar eine Abschlussprüfung als Diakon im Stephansstift in Hannover. Die Bruderschaft hatte ihm jedoch die Einsegnung verweigert und die Führung des Titels somit untersagt (LG Wuppertal 1976: 14f.).

<b>3) „Michaela R.“</b> ♀ (1989)	Gesundheits-/Krankenpflegerin (31) Fachkrankenschwester ITS, später Stationsleitung, später Stellvertretung PDL	Deutschland, Wuppertaler St. Petrus Krankenhaus, Operative ITS	5 (und eine Tötung auf Verlangen) (14)	4 Monate	Gabe von Kalium und/oder Clonidin (i. v.)
<b>4) „Fall Lainz“</b> (1991) - „Waltraud W.“ ♀ - „Irene L.“ ♀ - „Stephanie M.“ ♀ - „Maria G.“ ♀	Stationsgehilfin (33) Stationsgehilfin (31) Stationsgehilfin (51) Stationsgehilfin (28)	Österreich, Lainzer Krankenhaus in Wien, Innere	20 (200)	7 Jahre	Gabe von Rohypnol, Diazepam, Dominal und/oder Insulin (i. v./s. c.), „Mundpflege“ <sup>153</sup>
<b>5) „Wolfgang L.“</b> ♂ (1993)	Gesundheits-/Krankenpfleger (36)	Deutschland, Westfälische Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Neurologie in Gütersloh, Station Innere I	10 (17)	8 Monate	Luftinjektionen

<sup>153</sup> Die Täterinnen haben während der Mundpflege mit einem Spatel auf den Zungenrund der Patient\*innen gedrückt. Gleichzeitig wurde den Patient\*innen Wasser eingeflößt. Das Wasser wurde folglich aspiriert und nicht geschluckt. Nach mehreren Stunden sind die Patient\*innen dann erstickt.

<b>6) „Roger A.“</b> ♂ (2005)	Gesundheits-/Krankenpfleger (37)	Schweiz, Betagtenzentrum Eichhof in Luzern, Pflegeheim	25 (0)	6 Jahre	Ersticken (mit einer Plastiktüte) und Gabe von Sedativa (oral)
<b>7) „Michaela G.“</b> ♀ (2006)	Altenpflegehelferin (28)	Deutschland, Altenheim Wachtberg	8 (und eine Tötung auf Verlangen) (0)	18 Monate	Ersticken (mit einem Kissen oder Handtuch)
<b>8) „Stephan L.“</b> ♂ (2006)	Gesundheits-/Krankenpfleger (28)	Deutschland, Klinikum Sonthofen, Innere (darunter zwei Intensivzimmer/Wachstation)	27 (und eine Tötung auf Verlangen) (42)	17 Monate	Gabe von Esmeron oder Lysthenon (i. v.) (zuvor wurden die Opfer mit Etomidat, Midazolam oder Diazepam betäubt)
<b>9) „Irene B.“</b> ♀ (2007)	Gesundheits-/Krankenpflegerin (55)	Deutschland, Berliner Charité, Kardiologische ITS	5 (8)	16 Monate	Gabe von Nipruss (Nitro) und/oder Midazolam (i. v.)

<b>10) „Niels H.“</b> ♂ (2006, 2008, 2015) <sup>154</sup>	Gesundheits-/Krankenpfleger (38) Fachkrankpfleger ITS, Rettungsassistent	Deutschland, Klinikum Delmenhorst, Interdisziplinäre ITS	2 (3)	28 Monate	Gabe von Gilurytmal (i. v.)
--	---	--	----------	-----------	--------------------------------

---

<sup>154</sup> Die Angaben in dieser Tabelle zum Fall „Niels H.“ beziehen sich ausschließlich auf das Gerichtsurteil von 2015 (LG Oldenburg 2015). Die Urteile von 2006 und 2008 konnten nicht eingesehen werden.

Tabelle 3: Altersdurchschnitt der Opfer (deutscher Sprachraum) (Beine 2011: 353)

<b>Tötungsserien (Jahr Urteil)</b>	<b>Altersdurchschnitt der Opfer in Jahren</b>
<b>„Rudi Z.“ (1976)</b>	84
<b>„Reinhard B.“ (1981)</b>	72,3
<b>„Michaela R.“ (1989)</b>	76,8
<b>„Fall Lainz“ (1991)</b>	81,6
<b>„Wolfgang L.“ (1993)</b>	81,7
<b>„Roger A.“ (2005)</b>	83,6
<b>„Michaela G.“ (2006)</b>	84,3
<b>„Stephan L.“ (2006)</b>	78
<b>„Irene B.“ (2007)</b>	61
<b>„Niels H.“ (2015)</b>	Das Alter der beiden nachgewiesenen Todesopfer lässt sich dem Urteil (LG Oldenburg 2015) aufgrund der vorgenommenen Anonymisierungen nicht eindeutig entnehmen.

- **Textbelege I<sup>155</sup>: Kategorien institutioneller Rahmenbedingungen**

Anmerkungen oder Auslassungen in [eckigen Klammern] wurden von der Autorin der vorliegenden Bachelor-Thesis vorgenommen. Anmerkungen in (runden Klammern) sind dem Original entnommen. Da die ausgewerteten Urteile von den Staatsanwaltschaften anonymisiert wurden, werden geschwärzte Namensangaben in den folgenden Textbelegen mit ... angezeigt.

**KATEGORIE: Hohe Arbeitsbelastung / Schlechte Personalsituation**

„Mit dessen Eintreten [i. e. des neuen Chefarztes] nahm die Klinik vermehrt schwierige und riskante Herzoperationen an, wodurch sich Arbeitsanfall und Belastung auf der Herzchirurgischen Intensivstation spürbar erhöhten.“ (LG Oldenburg 2015: 4f.)

„Die Arbeitsbelastung [...] war wechselnd stark, die Mehrzahl der Mitarbeiter litt zunehmend unter Stellenkürzungen.“ (LG Berlin 2007: Rn. 12)

„Die Arbeitsbelastung auf der Station [...] ist [...] überwiegend als durchschnittlich geschildert worden. [...] der pflegerische Bereich habe jedoch in den letzten zwei Jahren die Streichung von drei oder vier Stellen verkraften müssen, was die Stimmung beeinträchtigt habe. [...] die pflegerische Tätigkeit [...] war hoch und die Tätigkeit [war] physisch und psychisch stark belastend [...].“ (LG Berlin 2007: Rn. 41)

„Nicht selten war aber nur eine examinierte Altenpflegerin auf beiden Stationen [i. e. des Altenpflegeheims von Michaela G.] anwesend.“ (Beine 2011: 261)

„Sie [i. e. Michaela G.] habe sich wie eine Chefin benommen und auch Tätigkeiten ausgeführt, die eigentlich speziell ausgebildeten pflegerischen Fachkräften vorbehalten waren. So war es selbstverständlich, dass sie Medikamente zusammenstellte und Spritzen gab [...].“ (Beine 2011: 259)

„Die Arbeitsbelastung [auf der Station von Wolfgang L.] wurde von den Mitarbeitern unterschiedlich beurteilt. Weit überwiegend bestand die Einschätzung, dass die Belastung nicht zu groß war. [...] Eine andere Krankenschwester war dagegen der Meinung, dass phasenweise eine Überlastung bestanden habe. Dann sei es nicht möglich gewesen, im Sinne der Patienten bedürfnisgerecht zu arbeiten.“ (Beine 2011: 209)

„Den Schwestern und Pflegern der Station Innere I [i. e. der Station von Wolfgang L.] missfiel die Art und Weise, wie Patienten von anderen Stationen verlegt wurden. Es war das Gefühl entstanden, die Abschiebestation, der ‚Mülleimer‘ der Klinik zu sein. Wegen der häufigen Verlegungen kurz vor dem Wochenende war bei solchen Anlässen vom ‚Morbus Freitag‘ die Rede. Medizinische Gründe für diese Verlegungen – so die Ansicht des Pflegepersonals – lagen in vielen Fällen nicht vor. Die Patienten seien nur abgeschoben worden, damit man sich auf der Station Arbeit erspare. Außerdem waren die Pflegekräfte über die verzögerten konsiliarischen Untersuchungen durch die Ärzte aus der Psychiatrie verstimmt. Insbesondere bei unruhigen und aggressiven Patienten führte dies zu Schwierigkeiten. Mitunter dauerte es Tage, bis der angeforderte Psychiater kam. In dieser Zeit sei es hauptsächlich dem Pflegepersonal überlassen gewesen, mit diesen schwierigen Patienten umzugehen.“ (Beine 2011: 209f.)

<sup>155</sup> Es handelt sich um eine Auswahl an Textbelegen, da der Datenumfang erheblich ist (siehe Methodik 3.)

„Der Professor war überhaupt nicht erreichbar. Die kleinen Leute wie wir, die waren für ihn überhaupt nicht da. Da waren zum Beispiel einmal bei 35 Patienten im Tagdienst und im Nachtdienst nur zwei Schwestern anwesend. Wissen sie, was das heißt, alles reinigen, alles waschen, füttern, aufräumen, es war ein Horror. Das war einfach zu viel. Denn wenn man aufgemuckt hat, haben die Vorgesetzten nur gesagt, das muss einfach geschehen.“ [Waltraud W. über die Situation auf Station] (Beine 2011: 185f.)

„Er [i. e. Chefarzt] hat immer mehr Betten aus dem Keller herauftragen lassen und anstatt sich an den Stand von 29 Betten zu halten, haben wir manchmal 40 Betten gehabt.“ [Waltraud W. über die Situation auf Station] (Beine 2011: 186)

„Wenn kurzfristig vom Pflegepersonal jemand am Vormittag ausfiel, dann war eine andere Schwester verpflichtet, bis 13.00 Uhr weiter zu arbeiten. Und diese musste dann am Abend trotzdem ihren Dienst antreten. Das bedeutete, dass man nur etwa zwei Stunden zu Hause sein konnte, bevor die nächste Schicht begann. Nach dem Umbau wurde es noch schlimmer, die Überlastung des Personals wurde alltäglich. An die Personalvertretung konnte man sich auch nicht wenden, denn dann wurden die Stationschwester und Oberschwester böse. Man war auf der Station unten durch, wenn man so etwas machte. An Ersatz war nicht zu denken, nein, den hat es nie gegeben, um den hat sich die Oberschwester nicht gekümmert.“ [Waltraud W. über die Situation auf Station] (Beine 2011: 186)

„Wir waren bei 40 Patienten oft zu zweit. Es hat sich keiner gekümmert, wie wir es machen und wie wir fertig werden, es hat nur immer alles geschehen müssen, keiner fragte, wie wir's schaffen.“ [Waltraud W. über die Situation auf Station] (Beine 2011: 186)

„Es sei auf dieser Abteilung [i. e. 1. Abteilung des Lainzer Krankenhauses] ein Horror gewesen: alte Räume, alte Betten, die man nicht verschieben konnte. [...] Immer gab es allerdings eine Überbelegung, so dass die Patienten auf dem Gang liegen mussten. [...] Es seien immer mindestens fünf bis zehn zusätzliche Betten irgendwo auf der Station aufgestellt worden. Dies habe natürlich das Arbeitsklima negativ beeinflusst. An die Personalvertretung habe man sich nicht wenden können. Dafür habe man bei den Vorgesetzten büßen müssen. Insbesondere die Stationschwester und Oberschwester hätten sich darüber lustig gemacht. Außerdem habe sich das auf die Diensterteilung ausgewirkt [...].“ [Irene L. über die Situation auf Station] (Beine 2011: 193)

„Die Arbeit sei schwer gewesen, und man habe manchmal nicht mehr können. Ständig sei die Station überbelegt gewesen. Mit deutlichem Affekt schilderte Stephanie M. einem Gutachter, wie sie den 37 Patienten das Frühstück brachten, wie sie sie fütterten, wie sie wuschen und pflegten und das nur zu zweit. Nie habe man ein Lob bekommen. ‚Wir waren arbeitsmäßig sehr überlastet. Wir sind oft nicht zum Essen gekommen, oft konnten wir nur mit Mühe aufs Klo gehen. Es war Aufnahme, Entlassung und Exitus, ununterbrochen‘ Eine Fortbildung, wie man sich einem Patienten gegenüber verhalte, der verwirrt sei oder der vor Schmerzen schrie, habe es nie gegeben.“ [Stephanie M. über die Situation auf Station] (Beine 2011: 204)

„Der Anteil von qualifiziertem Pflegepersonal war in der 1. Medizinischen Abteilung [des Lainzer Krankenhauses] deutlich geringer als in anderen Kliniken, das durchschnittliche Patientenalter dagegen deutlich höher.“ (Beine 2011: 171)

„Stationsgehilfinnen dürfen nach österreichischem Recht ausschließlich einfache Hilfsdienste in den Krankenhäusern verrichten. In Lainz kam es häufig vor, dass auf einer Station ausschließlich Stationsgehilfinnen im Dienst waren und alle anfallenden Arbeiten, auch das Verabreichen von Injektionen durchführten. Alle Verantwortlichen wussten um diese Personalsituation.“ (Beine 2011: 171)

„Mehr und mehr gab sie [i. e. die Stationsgehilfin Maria G.] dann, vor allem im Nachtdienst, auch Injektionen. Wenn sie darauf hinwies, dass der Chefarzt das eigentlich verboten habe, wurde sie nur ausgelacht. Sehr oft hatten die Ärzte in der Nacht die Schwestern aufgefordert, die Injektionen selbst vorzunehmen, wenn sie schlafen wollten.“ (Beine 2011: 197)

„Es habe nie eine Fortbildung gegeben, wir wussten ja gar nicht, wie wir mit Menschen, die besonders starke Schmerzen haben, umgehen sollten, und die Ärzte waren nur kurz da und haben nichts erklärt.“ [Maria G. über die Situation auf Station] (Beine 2011: 198)

„Die haben uns [i. e. die Pflege] im Regen stehen lassen. Die Ärzte sind stundenlang nicht gekommen, und wir hatten die schreienden, verwirrten und sich vor Schmerzen krümmenden Menschen vor uns und konnten nichts dagegen tun.“ [Aussage Waltraud W.] (Beine 2011: 187)

„Es sei nicht selten vorgekommen, dass die Ärzte bei Telefonaten erklärt hätten, sie könnten jetzt nicht kommen, die Schwestern sollten selber etwas tun.“ [Aussage Irene L.] (Beine 2011: 195)

„Die Anzahl der Betten lag um zwei über den entsprechend den Richtlinien des Landesbettenplans NRW offiziell anerkannten fünf Planbetten; in seltenen Fällen besonderer Inanspruchnahme der Station wurden noch ein bis zwei Betten zusätzlich aufgestellt. Gelegentlich bereitete es Mühe, die einzelnen Betten durch Trennwände gegeneinander abzugrenzen, um Patienten den Anblick eines Sterbenden zu ersparen.“ (LG Wuppertal 1989: 000028)

„Das [i. e. die vorgesehene Besetzung mit Pflegekräften] ließ sich nicht immer erreichen. Zuweilen, auch in Fällen, in denen die Station in größerem Umfang mit Patienten aus dem Bereich Intensivpflege belegt war, mußte eine Fachkraft sich mit ein bis drei Auszubildenden behelfen.“ (LG Wuppertal 1989: 000031f.)

„Die Zahl der Pflegekräfte auf der Abteilung entsprach wegen der dort gleichzeitig eingewiesenen Aufwachpatienten nicht dem der Empfehlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft [...]. Die personelle Ausstattung ist daher [...] als unzureichend bezeichnet worden [...].“ (LG Wuppertal 1989: 000034f.)

„Die Zunahme an Operationen führte zu einem Zuwachs an Arbeit für Ärzte und Pflegebedienstete.“ (LG Wuppertal 1989: 000055)

„Die Angeklagte fühlte sich indes auch nach der dreiwöchigen Arbeitspause im Oktober bereits nach wenigen Tagen [...] verbraucht und abgespannt. Dazu trug auch bei, daß Ende Oktober die Station stark belegt war.“ (LG Wuppertal 1989: 000107)

„[...] in der Hauptverhandlung [sei] zum Beispiel deutlich geworden, daß es auf der Station Zeiten der Überlastung gab, daß die Angeklagte dann barsch, kurz angebunden, unbeherrscht oder rüde mit Patienten um[gegangen sei] und sie abfertigen konnte, daß Patienten ihr in solchen Momenten wohl auch zuviel, lästig geworden seien.“ (LG Wuppertal 1989: 000196)

„Mein Eindruck von der Station, mittelmäßig, wenn überhaupt; Geräteausstattung mittelmäßig; personelle Ausstattung (in Schulnoten) ausreichend.“ [Aussage Arzt] (LG Wuppertal 1989: 000065)

„Während der Nachtstunden war im Gegensatz zu allen anderen Abteilungen des Hauses in der Regel kein Arzt auf der Station [i. e. auf der Intensivstation], für den jeweils

diensthabenden Stationsarzt bestand lediglich eine Rufbereitschaft [...].“ (LG Wuppertal 1989: 000029)

„Es gab Situationen, in denen man sich als Motor der Ärzte betrachten mußte [...]. In manchen Situationen fühlte man sich auf der Station von ihnen im Stich gelassen.“ (LG Wuppertal 1989: 000065)

„Die Arbeitsbelastung [auf der Station von Reinhard B.] wurde vom Pflegepersonal als groß empfunden. Dies entsprach auch der Einschätzung der Ärzte.“ (Beine 2011: 115)

„Nahezu von allen Mitarbeitern der verschiedenen Berufsgruppen in Rheinfelden [auf der Station von Reinhard B.] wurde geschildert, dass sich die hohe Arbeitsbelastung, die personelle Unterbesetzung, die fehlende Möglichkeit zur Einarbeitung negativ ausgewirkt habe. Der unzureichende Ausbildungsstand, das ‚Nicht-aufeinander-eingespielt-Sein‘ und das Fehlen eines eigenen Stationsarztes führten ebenfalls zu Spannungen auf der Intensivstation.“ (Beine 2011: 133)

„Die interdisziplinäre Intensivstation [i. e. die Station von Reinhard B.] wurde von einem der internistischen Oberärzte geleitet. [...] Einen eigenen Stationsarzt hatte die Intensivstation nicht.“ (Beine 2011: 115)

„Personell war das Altenheim [mit 80 Bewohnern] zur Zeit, als der Angeklagte dessen Leitung übernahm, außer mit dem Heimleiter mit zwei ausgebildeten Altenpflegerinnen [...] ausgestattet. Als nichtausgebildete Hilfskräfte standen ihnen frühere Angestellte zur Seite [...]. Weiter halfen in der Altenpflege Altenpflegeschülerinnen aus. [...] Es halfen schließlich idealistisch eingestellte Schülerinnen und Studentinnen [...].“ (LG Wuppertal 1976: 33)

„Fachpersonal, welches schon von der Ausbildung her dem Angeklagtem ebenbürtig und deshalb prädestiniert gewesen wäre, einzuschreiten, war weitgehend nicht vorhanden.“ (LG Wuppertal 1976: 47)

„Für Pflegefälle war das Heim weder personell noch räumlich eingerichtet. [...] Auch eine allgemein geregelte medizinische Betreuung fand nicht statt.“ (LG Wuppertal 1976: 32)

**KATEGORIE: Aufwendige Patient\*innen- bzw. Bewohner\*innenstruktur / Unbefriedigendes Schmerzmanagement**

„Es werden dort größtenteils [...] akut oder chronisch kranke Patienten behandelt.“ (LG Berlin 2007: Rn. 11)

„[...] schwerstkranken Patienten [...]“ (LG Berlin 2007: Rn. 10)

„[...] [die Angeklagte gab an, dass der Patient] für alle Beteiligten anstrengend gewesen [sei]. Er sei ständig in Atemnot geraten, sein Zustand sei immer schlechter geworden, er sei nie ruhig gewesen.“ (LG Berlin 2007: Rn. 92)

„Die haben uns [i. e. die Pflege] im Regen stehen lassen. Die Ärzte sind stundenlang nicht gekommen, und wir hatten die schreienden, verwirrten und sich vor Schmerzen krümmenden Menschen vor uns und konnten nichts dagegen tun.“ [Aussage Waltraud W.] (Beine 2011: 187)

„Irene L. schilderte, dass auf ihrer Station sehr viele schwere Fälle gelegen hätten, viele davon aussichtslos und nicht mit den nötigen schmerzstillenden Mitteln versorgt, weil der Chef dies nicht gewollt habe.“ (Beine 2011: 190)

„Es sei 1983 im Saal 64 gewesen, da habe ein alter Mann den ganzen Tag hindurch vor Schmerzen furchtbar geschrien und man habe das kaum aushalten können. Dieser Mensch tat ihr [i. e. Maria G.] unbeschreiblich leid. Da habe ihr Waltraud W. so über die Schulter hinweg gesagt: ‚Gibst ihm halt du was‘.“ (Beine 2011: 197f.)

„Hochbetagte und schwerkranke Akutpatienten kamen fast ausschließlich auf die Station D [des Lainzer Krankenhauses].“ (Beine 2011: 178)

„Es war oft ein stundenlanger Kampf mit dem Tod.“ [Waltraud W. über Patienten der Station] (Beine 2011: 185)

„Verstärkend kamen eine Reihe von Vorfällen im Krankenhaus hinzu, die bei Reinhard B. erhebliche Zweifel an einer fachgerechten Behandlung und Pflege der Patienten entstehen ließen.“ (Beine 2011: 137)

**KATEGORIE: Negatives Arbeitsklima:**

- **Schlechte Kommunikation**
- **Konflikte**
- **Mangelnde Wertschätzung**
- **Mangelnder Einfluss**

„Während insbesondere der Klinikleiter [...] möglicherweise seinem subjektivem Empfinden entsprechend bekundet hat, die Kommunikation auf Station sei hervorragend, alle seien miteinander befreundet und jenes ‚team of excellence‘ arbeite engagiert zusammen in dem Wissen um Anerkennung, hohe Erfolgsquote, wissenschaftliche Erkenntnisse und ‚schwarze Zahlen‘, haben Vernehmungen der ärztlichen Zeugen ... deutlich gemacht, dass durchaus Kommunikationsstörungen der Ärzte untereinander, insbesondere aber auch zwischen Ärzten und Pflegern bestanden. Exemplarisch ist insoweit auf die fehlende Kommunikation betreffend das ‚ruppige‘ Auftreten der Angeklagten, aber auch die schleppende Reaktion auf den konkreten Tatverdacht zu verweisen.“ (LG Berlin 2007: Rn. 39)

„Aber es gab auch Mitarbeiter, die schon seit einiger Zeit Störungen registriert hatten [in Bezug auf die Arbeitsatmosphäre auf der Station von Irene B.]. So hatte bereits im Herbst 2005 ein Pfleger an alle Teammitglieder eine Mail geschickt, in der er dazu aufrief, dass man doch wieder motiviert zum Dienst kommen solle, seine privaten Probleme zu Hause lassen solle, um ein freundliches Miteinander zu haben. Insgesamt habe im Herbst 2005 bereits eine schlechte Stimmung auf der Station geherrscht – so meinten einige, vor allem jüngere Pflegekräfte.“ (Beine 2011: 314)

„Die Innere Abteilung besteht aus insgesamt 12 Patientenzimmern. [...] Die Dienstzeiten auf der Station 1 gliederten sich ab April 2003 bis einschließlich Juli 2004 hauptsächlich wie folgt:  
Frühschicht F1: von 6.00 Uhr bis 14.12 Uhr  
Nachmittagsschicht S1: von 13.42 Uhr bis 21.54 Uhr  
Nachtschicht N3: von 21.27 Uhr bis 6.27 Uhr  
Nachtschicht N6: von 20.27 Uhr bis 6.27 Uhr.“ (LG Kempten 2006: Rn. 12ff.)

„Den Schwestern und Pflegern der Station Innere I [i. e. der Station von Wolfgang L.] missfiel die Art und Weise, wie Patienten von anderen Stationen verlegt wurden. Es war das Gefühl entstanden, die Abschiebestation, der ‚Mülleimer‘ der Klinik zu sein. Wegen der häufigen Verlegungen kurz vor dem Wochenende war bei solchen Anlässen vom ‚Morbus Freitag‘ die Rede. Medizinische Gründe für diese Verlegungen – so die Ansicht des Pflegepersonals – lagen in vielen Fällen nicht vor. Die Patienten seien nur abgeschoben worden, damit man sich auf der Station Arbeit erspare. Außerdem waren die Pflegekräfte über die verzögerten konsiliarischen Untersuchungen durch die Ärzte aus der Psychiatrie verstimmt. Insbesondere bei unruhigen und aggressiven Patienten führte dies zu Schwierigkeiten. Mitunter dauerte es Tage, bis der angeforderte Psychiater kam. In dieser Zeit sei es hauptsächlich dem Pflegepersonal überlassen gewesen, mit diesen schwierigen Patienten umzugehen.“ (Beine 2011: 209f.)

„[...] es sei dem Pflegepersonal überlassen gewesen, sie [i. e. die Ärzte] einzuarbeiten. Insbesondere durch den häufigen Wechsel der Stationsärzte in den Jahren 1989 und 1990 hätten diese Probleme [i. e. Einarbeitungsschwierigkeiten] zugenommen. [...] In mehreren Bereichen traten deutliche Differenzen zwischen den Pflegekräften und diesem Arzt auf. [...] [Der Oberarzt] schätzte das Klima auf der Station [von Wolfgang L.] insgesamt als wenig kooperativ ein. Von pflegerischer Seite wurde den Ärzten vorgeworfen, dass die Visite häufig so verzögert begann, dass sie mittags zur Übergabezeit noch nicht beendet war.“ (Beine 2011: 210)

„Es ärgerte das Pflegepersonal auf der Station Innere I [i. e. der Station von Wolfgang L.], dass bei Verlegungen aus psychiatrischen Stationen regelmäßig wichtige Informationen über Patientenbedürfnisse, besondere Vorlieben und spezielle pflegerische Informationen nicht mitgeliefert wurden, zumal häufig von den Patienten keine Angaben zu bekommen waren.“ (Beine 2011: 211)

„Auch zwischen den beiden Schichten auf der Inneren I [i. e. der Station von Wolfgang L.] gab es Spannungen. So war die Schicht 2 der Auffassung, dass ihr die andere Schicht aufgrund der zeitaufwendigen Gespräche mit Patienten und Angehörigen zu häufig Arbeiten überließ, die sie selbst hätte erledigen müssen. [...] Immer wieder kam es zu Meinungsverschiedenheiten, wie bestimmte Arbeiten auszuführen seien.“ (Beine 2011: 211)

„Auch vor diesem Hintergrund [dass schlechte Patienten auf die Innere I, die Station von Wolfgang L., verlegt wurden] war das Gefühl von der Abschiebestation entstanden. Verstärkt wurde es noch dadurch, dass man sich als unbeliebtes Anhängsel der psychiatrischen Klinik fühlte.“ (Beine 2011: 211)

„[...] das Gericht sah das Arbeitsklima und die Arbeitsbedingungen in der Gütersloher Klinik zwar nicht als ursächlich, aber auch nicht als bedeutungslos für die Taten an. Das Fehlen eines einheitlichen Konzeptes, die Vielzahl der Konflikte auf der Station innerhalb und zwischen den Schichten, aber auch zu anderen Stationen führte zu einem gespannten und gereiztem Arbeitsklima. Verschärfend kam der Eindruck von Schwestern und Pflegern hinzu, dass die Station Innere I die ‚Abschiebestation‘ [...] sei. So entstanden beim Personal Minderwertigkeitsgefühle und der Eindruck, nicht dazuzugehören. Hinzu kam die wachsende Arbeitsbelastung, die insbesondere von Wolfgang L. als drückend empfunden wurde.“ (Beine 2011: 237f.)

„Der Professor war überhaupt nicht erreichbar. Die kleinen Leute wie wir, die waren für ihn überhaupt nicht da. Da waren zum Beispiel einmal bei 35 Patienten im Tagdienst und im Nachtdienst nur zwei Schwestern anwesend. Wissen Sie, was das heißt, alles reinigen, alles waschen, füttern, aufräumen, es war ein Horror. Das war einfach zu viel. Denn wenn man

aufgemuckt hat, haben die Vorgesetzten nur gesagt, das muss einfach geschehen.“ [Waltraud W. über die Arbeitsbelastung in Lainz] (Beine 2011: 185f.)

„Das Arbeitsklima war an und für sich nicht sehr gut. Man hat sich unter Kolleginnen besser verstanden, wenn man ein Problem hatte. Die Ärzte haben sich das angehört und sagten, das geht mich nichts an, das ist Chefsache. An den ist man jedoch nicht herangekommen. Er hat mit ‚Radl‘ Schwestern nicht gesprochen, vielleicht mit einer Stationschwester. Wie wir zum Chef wollten, hatte er keine Zeit. Wir waren bei 40 Patienten oft zu zweit. Es hat sich keiner gekümmert, wie wir es machen und wie wir fertig werden, es hat nur immer alles geschehen müssen, keiner fragte, wie wir’s schaffen.“ [Waltraud W. zur Situation auf Station] (Beine 2011: 186)

„Im Dienst hat er [i. e. der Chefarzt] sich aber überhaupt nicht um uns [i. e. die Pflege] gekümmert.“ [Waltraud W. über Situation auf der Station] (Beine 2011: 186)

„Dies habe natürlich das Arbeitsklima negativ beeinflusst. An die Personalvertretung habe man sich nicht wenden können. Dafür habe man bei den Vorgesetzten büßen müssen. Insbesondere die Stationschwestern und Oberschwestern hätten sich darüber lustig gemacht. Außerdem habe sich das auf die Diensterteilung ausgewirkt [...].“ [Irene L. über die Situation auf Station] (Beine 2011: 193)

„Zum Chefarzt habe sie keinerlei Beziehung gehabt. Der habe kaum mit den Leuten gesprochen. Es sei zwar sehr höflich und auch hilfsbereit gewesen, aber an ein direktes Gespräch mit den Schwestern kann sich Maria G. nicht erinnern.“ (Beine 2011: 197)

„Die Arbeit sei schwer gewesen, und man habe manchmal nicht mehr können. Ständig sei die Station überbelegt gewesen. Mit deutlichem Affekt schilderte Stephanie M. einem Gutachter, wie sie den 37 Patienten das Frühstück brachten, wie sie sie fütterten, wie sie wuschen und pflegten und das nur zu zweit. Nie habe man ein Lob bekommen. ‚Wir waren arbeitsmäßig sehr überlastet. Wir sind oft nicht zum Essen gekommen, oft konnten wir nur mit Mühe aufs Klo gehen. Es war Aufnahme, Entlassung und Exitus, ununterbrochen.‘ Eine Fortbildung, wie man sich einem Patienten gegenüber verhalte, der verwirrt sei oder der vor Schmerzen schrie, habe es nie gegeben.“ [Aussage Stephanie M.] (Beine 2011: 204)

„[Das] [...] Pflegepersonal arbeite in drei Schichten von 06.00 Uhr bis 13.00 Uhr, von 13.00 Uhr bis 20.00 Uhr und von 20.00 Uhr bis 06.00 Uhr.“ (LG Wuppertal 1989: 000031)

„Sie [i. e. Assistenzärzt\*innen] wurden in Überlegungen bezüglich irgendwelcher Behandlungsschemata ebenso wenig einbezogen wie das Pflegepersonal. Vorschläge konnten zwar geäußert werden, machten aber [...] gewöhnlich ebenso wenig Eindruck, wie grundsätzlich unerwünschte kritische Äußerungen irgendwelche positiven Wirkungen zeigten.“ (LG Wuppertal 1989: 000038f.)

„[...] die [i. e. die Pflegenden] konnten selbst nichts ändern. In der sicheren Erwartung, sich nur eine Abfuhr holen zu können, wagte niemand, den unter Schwestern und Pflegern [...] weit verbreiteten Wunsch an die Chefarztin weiterzugeben, vor allem die Behandlungsschemata nicht einfach nur anzuordnen, sondern gemeinsam zu besprechen.“ (LG Wuppertal 1989: 000039)

„Alle Mitglieder des Pflegepersonals hatten Anordnungen der Chefarztin unverzüglich ohne Nachfragen nachzukommen.“ (LG Wuppertal 1989: 000040)

„Es gab dort eine Atmosphäre der Angst, sich zu beschweren.“ [Aussage eines Arztes der ITS] (LG Wuppertal 1989: 000057)

„Wegen der persönlichen Spannungen zwischen den Chefs war die unbedingt nötige gemeinsame Therapieabsprache praktisch nicht möglich. [...] Es war belastend, frustrierend. Auch für das Pflegepersonal und sicher auch für die Angeklagte.“ (LG Wuppertal 1989: 000060)

„[...] Gespräche zwischen dem Ärzten und Pflegepersonal über die Behandlungsweisen der Patienten [wären] besonders dringlich gewesen. Auch jetzt kam es dazu nicht.“ (LG Wuppertal 1989: 000060)

„[...] die Chefin sei ‚unmenschlich‘ gewesen. [...] [Diese sagte zu Mitarbeitenden] ‚Sie sind Ca (Krebs) an meinen Füßen‘ [...].“ (LG Wuppertal 1989: 000038)

„Der Streit der Chefärzte belastete Assistenzärzte und Pflegepersonal der Operativen Intensivstation weit über die Mehrarbeit hinaus [...]. Insbesondere die Mitglieder des Pflegebereichs reagierten bedrückt und verunsichert.“ (LG Wuppertal 1989: 000058)

„Es [i. e. der Kompetenzkonflikt zwischen Ärzt\*innen] war für die Leute [i. e. die Pflege] manchmal wirklich furchtbar, sehr schlecht.“ (LG Wuppertal 1989: 000058)

„Wir vom Pflegepersonal waren bei dem Streit ‚der Tennisball‘, saßen zwischen zwei Fronten.“ (LG Wuppertal 1989: 000058)

„Wir [i. e. die Pflege], auch die Angeklagte, mußten das [i. e. den Kompetenzkonflikt zwischen Ärzt\*innen] ausbaden, standen immer dazwischen. [...] Es gab deshalb Spannungen, auch in unserem Kollegenkreis.“ (LG Wuppertal 1989: 000058f.)

„Sehr, sehr unschönes Arbeitsklima wegen des Streits zwischen [den Ärzt\*innen]. [...] was mich [als Pflegekraft] sehr belastete. [...] Wir haben zu vermitteln versucht, wir waren aber nur kleine Lichter.“ (LG Wuppertal 1989: 000059)

„Die Reaktion (auf das Kompetenzgerangel der Chefärzte)? Man [i. e. die Pflege] wird frustig. Die ganze Situation wird unbefriedigend. Man empfand Ärger und gegen gewisse Ärzte Gleichgültigkeit. So die allgemeine Grundstimmung.“ (LG Wuppertal 1989: 000059)

„Das [i. e. der Kompetenzkonflikt zwischen Ärzt\*innen] war eine wesentliche Belastung des Klimas, auch für das Pflegepersonal.“ (LG Wuppertal 1989: 000059)

„Die Arbeitsbedingungen auf dieser Intensivstation seien erschwert und durch ein hohes Konfliktpersonal an Kompetenz- und Rollenrivalitäten gekennzeichnet gewesen, aber auch an widersprüchlichen und unklaren therapeutischen Handlungsanweisungen. Kompetenzübertragungen auf das Pflegepersonal und ein Lavieren zwischen unterschiedlichen oder widersprüchlichen chefärztlichen Anordnungen hätten Grauzonen unkontrollierbaren Handelns eröffnet.“ (LG Wuppertal 1989: 000204)

„[Die Chefärztin war] wegen ihres Autoritätsanspruchs [...] gefürchtet [...].“ (LG Wuppertal 1989: 000060)

„In der Diskussion über die Behandlungsweisen der Patienten nicht einbezogen [...] und durch die erwähnten Auswirkungen des Chefarztstreits zusätzlich destabilisiert, verfestigte sich jenes Empfinden spätestens in der ersten Hälfte des Jahres 1985 zu der Überzeugung, es gelte, Todkranken sinnlose Operationen und unnötige Schmerzen zu ersparen. Weil alle anderen davor die Augen verschlossen, sei es ihre Sache, zu gegebener Zeit zu handeln.“ (LG Wuppertal 1989: 000088)

„Aber auch andere Mitglieder des Pflorgeteams [von Reinhard B.] hatten Schwierigkeiten mit ihr [i. e. der Stationsleitung]. [...] Die meisten Krankenschwestern beschrieben eine mit dem Leitungswechsel verbundene Verschlechterung des Arbeitsklimas. Eine von ihnen sprach der neuen Leiterin vor allem die menschlichen Qualitäten ab, die Intensivstation zu führen. Sie habe teilweise gelogen und ‚den einen gegen den anderen ausgespielt‘. Auch fachlich sei nicht alles in Ordnung gewesen.“ (Beine 2011: 128f.)

### **KATEGORIE: Hierarchische Aufbauorganisation**

„[...] wurde offenbar, dass die Arbeit auf der Station gekennzeichnet ist durch ein duales System, das die Hierarchie der Ärzteschaft trennt von der Pflege. Während insbesondere der Klinikleiter [...] möglicherweise seinem subjektivem Empfinden entsprechend bekundet hat, die Kommunikation auf Station sei hervorragend, alle seien miteinander befreundet und jenes ‚team of excellence‘ arbeite engagiert zusammen in dem Wissen um Anerkennung, hohe Erfolgsquote, wissenschaftliche Erkenntnisse und ‚schwarze Zahlen‘, haben Vernehmungen der ärztlichen Zeugen ... deutlich gemacht, dass durchaus Kommunikationsstörungen der Ärzte untereinander, insbesondere aber auch zwischen Ärzten und Pflegern bestanden. Exemplarisch ist insoweit auf die fehlende Kommunikation betreffend das ‚ruppige‘ Auftreten der Angeklagten, aber auch die schleppende Reaktion auf den konkreten Tatverdacht zu verweisen.“ (LG Berlin 2007: Rn. 39)

„Der streng hierarchische Aufbau [der ITS] war teils in [...] [der] Person [der Chefärztin] begründet [...]. [Diese] sieht in einer solchen Struktur die Gewähr für einen möglichst vereinfachten, raschen Informationsfluß.“ (LG Wuppertal 1989: 000037f.)

„Sie [i. e. eine Pflegekraft auf der ITS] stieß sich an der ausgeprägt hierarchischen Struktur, der im Verhältnis zu ihren Erfahrungen in der Schweiz zu wenig wichtig genommenen pflegerischen Betreuung der Kranken und nicht zuletzt daran, daß, wie erwähnt, unter Kollegen viel übereinander geredet wurde.“ (LG Wuppertal 1989: 000071)

### **KATEGORIE: Unangebrachter Sprachgebrauch**

„Rettungs-Rambo nannten ihn [i. e. Niels H.] die Kollegen.“ (Beine & Turczynski 2017: 28)

„Über den Tod eines Patienten informierte Stephan L. eine Kollegin mit den Worten: ‚Der Patient ist abgekackt.‘ Sie [Pflegekraft] [...] besprach die Vorkommnisse mit ihren Kollegen. [...] Im Kollegenkreis war bekannt, dass dies sein Standardspruch war.“ (Beine 2011: 288)

„Im Scherz wurde Wolfgang L. von einem Pfleger während einer Feier im Frühjahr 1989 als ‚Todesengel der Inneren I‘ bezeichnet.“ (Beine 2011: 215)

„Einigen Kollegen fiel die recht grobe Art auf, in der er mit verstorbenen Menschen umging. Andere bemerkten, dass Wolfgang L. besonders rau und makaber über Patienten oder Verstorbene redete. [...] [Z.B.] ‚Der ist schon in der Kiste, den brauchst Du nicht mehr zu

waschen'. Immer wieder kam es vor, dass Wolfgang L. vereinzelt geistig behinderte oder verwirrte Menschen barsch abfertigte und anschrie.“ (Beine 2011: 213)

„Alle sagten, dass sie [i. e. Waltraud W.] eine Hexe sei und dass immer, wenn sie Dienst versah, ein Exitus auf der Station war.“ (Beine 2011: 172)

„Mehrfach wurde geklagt [beim Ombudsmann im Lainzer Krankenhaus], dass in der Abteilung ein rauer Umgangston herrsche und die Patienten geduzt werden.“ (Beine 2011: 172)

„Der Umstand, mit dem die Angeklagte vereinzelt selbst zu kokettieren schien (,der stirbt wohl, ich bin ja jetzt da'), war Anlaß, daß man 1985 von ihr im Kollegenkreis zuweilen als dem ,Todesengel' sprach.“ (LG Wuppertal 1989: 000107)

„Mehr als die anderen Kolleginnen und Kollegen befeiligte sich die Angeklagte [...] [eines] gröberen Tonfalls [...]. Sie nannte Sterben zuweilen ,abkratzen' oder ,die/der hat jetzt den Löffel abgegeben' [...].“ (LG Wuppertal 1989: 000076)

„So duzte sie [i. e. die Angeklagte] [...] zuweilen Patienten oder sprach Ältere statt mit deren Namen mit ,Oma' oder ,Opa' an [...].“ (LG Wuppertal 1989: 000078)

„Kreislauf mäßig – bis saumäßig – Diurese mies bis ganz mies – AZ nicht unbedingt der beste – führt nicht mehr flüssig ab – bitte öfter mal in LH (Leichenhalle) nachsehen, ob Pat. noch ruhig liegt – war unruhig – Pat. wurde [...] dorthin verlegt. Ansonsten ruhigen Dienst, schönes Wochenende, wenig Maloche.“ [Eintrag der Angeklagten in das Übergabebuch der Pflegekräfte] (LG Wuppertal 1989: 000117) [Anmerkung: Dieser Eintrag wurde vom diensthabenden Arzt ohne Beschwerde gegengezeichnet (LG Wuppertal 1989: 000117).]

„Anderen Heiminsassen gegenüber benutzte er Ausdrücke wie ,Arschloch' und ,Drecksack' und sagte ihnen ins Gesicht: ,Hoffentlich bist du bald kaputt'. Die geistesgestörte Heiminsassin hänselte er; er griff ihr unter den Rock und sagte im Beisein des Zeugens ...: ,Komm, laß dich ficken'. Nachdem eine Heiminsassin gestorben war, erklärte der Angeklagte dem Hausburschen ...: ,Morgen kannst du wieder einen herunterschleppen, dann habe ich wieder einen kaputt'. Als bei einem Sterbefall der Zeuge ... Totenhemden suchte, aber keine vorhanden waren, erklärte der Angeklagte: ,Die können wir auch nackend hineinschmeißen' (gemeint war: In den Sarg). Gegenüber dem Zeugen ... erklärte der Angeklagte über die sterbende Frau ...: ,Die Alte ist nicht kaputtzukriegen'.“ (LG Wuppertal 1976: 44)

„Dabei äußerte er [i. e. der Angeklagte] [gegenüber einer Bewohnerin] [...]: ,Hätt'ste nicht so viel gefressen, wärst du nicht so dick [...].“ (LG Wuppertal 1976: 53)

### **KATEGORIE: Mangel an Bewältigungsstrukturen**

„Eine angemessene psychologische Teambegleitung fand nicht statt.“ (LG Berlin 2007: Rn. 13)

„[...] er [i. e. eine Pflegekraft] [wollte] die Tätigkeit eines Supervisors in Anspruch nehmen [...]. Die Zeuginnen ... haben bekundet, dass jenes Thema angesprochen worden, letztlich jedoch kein Ergebnis erzielt worden sei.“ (LG Berlin 2007: Rn. 40)

„Bei einer Besprechung über die Zusammenarbeit im März 2006 gab es dann auch den Vorschlag, eine externe Teamberatung in Anspruch zu nehmen. Die Stationsleitung habe diesem Vorschlag aber reserviert gegenübergestanden und so sei es nicht dazu gekommen. [...] Eine Kollegin meinte später, das eigentliche Problem – Irene B. – sei gar nicht angesprochen worden.“ (Beine 2011: 314f.)

„[Es] [...] bestand zwar ein theoretisches Fortbildungsangebot, Teambesprechungen fanden jedoch nur einmal im Monat (anders als nach Angaben der Zeugin ... zum Beispiel im Bundeswehrkrankenhaus, nämlich dort einmal in der Woche) und Fall- bzw. Patientenfallbesprechungen nur gelegentlich, nach den Bekundungen des Zeugen ... sogar nur drei bis viermal im Jahr statt. Eine psychologische Teambegleitung gab es nicht.“ (LG Berlin 2007: Rn. 42)

„Es könne allerdings davon ausgegangen werden, dass die geringe Frequenz von Teambesprechungen, fehlende Supervision und mangelnde Beobachtung der psychosozialen Situation der Pfleger als Systemproblem eine zusätzliche emotionale Belastung der Angeklagten dargestellt habe.“ [Aussage Psychiatrische Untersuchung] (LG Berlin 2007: Rn. 124)

„Die Leitung der Station habe offensichtlich nicht gesehen, daß das Pflegepersonal von Intensivstationen besonders starken Belastungen und psychischen Gefährdungen ausgesetzt sei, die eines Auffang- und Verarbeitungsnetzes bedurften. Eine regelmäßige und behutsame Führung durch Stations- und Gruppengespräche hätte vielleicht eine Entwicklung wie die der Angeklagten entdecken und verhindern helfen.“ (LG Wuppertal 1989: 000205)

Ausschließlich im Fall „Wolfgang L.“ wurde explizit im Urteil darauf hingewiesen, dass es extern geleitete Balint-Gruppen gab. Wolfgang L. hatte an diesen auch teilgenommen:

„Für alle Mitarbeiter der Inneren Abteilungen gab es eine extern geleitete Balintgruppe, die alle drei Wochen stattfand. Neben Ärzten, Sozialarbeitern und Psychologen nahmen vom Pflegedienst die Leiterin der Schicht 1 und Wolfgang L. regelmäßig teil.“ (Beine 2011: 209)

### **KATEGORIE: Mangel an Kontrollmechanismen**

„[...] dass die Sterbefälle auf der Intensivstation während der Beschäftigungszeit des Angeklagten dort (15.12.2002 bis 08.07.2005) exorbitant angestiegen seien. So seien in den Jahren 2000, 2001 und 2002 76, 79 und 98 Todesfälle registriert worden. In den Jahren 2003 und 2004 hätte diese auf 177 bzw. 170 Fälle im Jahr zugenommen. 2005 seien nur noch 96 Fälle erfasst worden, bevor die Zahlen in den Folgejahren wieder auf das vorherige Niveau gefallen seien: nämlich 2006: 81; 2007: 83 und 2009: 61. Von den Todesfällen zwischen dem 01.01.2005 und 30.06.2005 seien 62% auf die Dienstzeit des Angeklagten entfallen.“ (LG Oldenburg 2015: 31)

„Entsprechend seien die Gilurytmallieferungen an die Intensivstation gestiegen: von 50 Ampullen (2002) auf 225 Ampullen im Jahr 2003 und 380 Ampullen 2004. [...] Diese Zahlen sind auch deshalb auffällig, weil nach den übereinstimmenden Angaben der zeugenschaftlich

vernommenen Ärzte das Medikament Gilurytmal auf Grund seiner gefährlichen Nebenwirkungen bereits im Tatzeitraum kaum und nur in wenigen Einzelfällen überhaupt noch eingesetzt wurde. Eine wirksame Kontrolle des Medikamentenverbrauchs hat es am Krankenhaus Delmenhorst allerdings ebenso wenig gegeben wie eine Zusammenstellung der Todesfälle, die den sprunghaften Anstieg [...] gezeigt hätten.“ (LG Oldenburg 2015: 31)

„Eigentlich ist dafür [i. e. die Medikamentenbestellung] die Freigabe eines Arztes notwendig. Der aber hatte sein Passwort den jeweils diensthabenden Pflegekräften mitgeteilt.“ (Beine & Turczynski 2017: 50)

„Nachweise über die Entnahme einzelner Medikamente gibt es nicht, wohl dem notwendigen schnellen Eingreifen bei einem Notfall geschuldet.“ (LG Berlin 2007: Rn. 38)

„[...] war auch der Medikamentenschrank frei zugänglich.“ (LG Kempten 2006: Rn. 14)

„Sie [i. e. Michaela G.] habe sich wie eine Chefin benommen und auch Tätigkeiten ausgeführt, die eigentlich speziell ausgebildeten pflegerischen Fachkräften vorbehalten waren. So war es selbstverständlich, dass sie Medikamente zusammenstellte und Spritzen gab [...].“ (Beine 2011: 259)

„In der Zeit von 1983 bis 1987 wurden von der 1. Medizinischen Abteilung [des Lainzer Krankenhauses] 2495 Ampullen Rohypnol angefordert. Die 2. Medizinische Abteilung bestellte im gleichen Zeitraum 285 Ampullen [...].“ (Beine 2011: 179)

„Das Rohypnol habe sie [i. e. Irene L.] sich aus der Stationsapothek e besorgt. Waltraud W. habe es immer in das dafür ausliegende Buch eingetragen. An wen es verabreicht worden sei, habe man nicht aufschreiben müssen, es sei nicht kontrolliert worden.“ (Beine 2011: 190)

„Waltraud W. schilderte, dass die Überprüfung des Apothekenbuches, insbesondere durch Ärzte, nicht erfolgt sei.“ (Beine 2011: 176)

„Sie [i. e. Maria G.] habe gewusst, dass Waltraud W. häufig etwas [i. e. nicht angeordnete Medikamente, häufig Sedativa] gebe [...].“ (Beine 2011: 198)

„Die Leichenschauen wurden nur unzureichend durchgeführt. Insbesondere während des Bereitschaftsdienstes, der ja um 13.00 Uhr begann, wurden die Leichen von den Ärzten oft nur oberflächlich untersucht. Maria G. schilderte, dass die Leichenschau zum Teil ganz unterblieb.“ (Beine 2011: 179)

„Die Ärzte kontrollierten nicht.“ (LG Wuppertal 1989: 000066)

„[...] hätte dieses Phänomen [i. e. Abfall von Blutdruck und Herzfrequenz nicht aus dem Krankheitsverlauf verständlich] dem behandelnden Arzt nach Ansicht der Sachverständigen ‚unbedingt‘ auffallen müssen.“ (LG Wuppertal 1989: 000119)

„Am 17. Dezember 1975 hatte Reinhard B. vierzig Ampullen Kombetin bestellt und am 19. Dezember fünfzig Ampullen Lanitop. Am Vormittag des 21. Dezember waren noch vier Ampullen Lanitop und 19 Ampullen Kombetin vorhanden. [...] Bestellung und Auslieferung der gängigen Medikamente unterlagen keiner besonderen Kontrolle.“ (Beine 2011: 117)

„Auffällig erschien es dem Heimleiter auch, daß der Angeklagte eine – wie ihm schien – komplette Arztausrüstung und Medikamente mitbrachte, obwohl diese im Heim nicht gebraucht wurden.“ (LG Wuppertal 1976: 22)

„Zur weiteren Ausstattung des Behandlungsraumes erbat sich der Angeklagte von den regelmäßig das Heim besuchenden Ärzten Medikamente in Form von Ärztemustern. Außerdem überließen die Ärzte dem Angeklagten die Rezepturen für die einzelnen Patienten.“ (LG Wuppertal 1976: 42)

„Ein Betäubungsmittelbuch wurde im Heim nicht geführt.“ (LG Wuppertal 1976: 43)

„Auch hatte der Angeklagte selbst von seinen früheren Arbeitsstellen Medikamente wie auch einige ärztliche Geräte (Klemmen und Unfallgeräte) mitgebracht, die er in den Behandlungsraum einbrachte. Zu den Medikamentenvorräten, die der Angeklagte selbst mitbrachte, gehörten auch Betäubungsmittel wie Scophedal, Scophedal-forte, Dilaudid-Atropin und das Beruhigungsmittel Dominal in Saft- und Zäpfchenform.“ (LG Wuppertal 1976: 43)

„Auch wurden Medikamente verabfolgt, die nicht ärztlich verordnet waren.“ (LG Wuppertal 1976: 98)

„Auch im Umgang mit Betäubungsmitteln wurden Unkorrektheiten des Angeklagten festgestellt. [...] Um eine Kontrolle des Betäubungsmittelverbrauchs im Übrigen unmöglich zu machen, hatte er in einem in einem Nebenraum abgestellten Schrank einen eigenen Betäubungsmittelvorrat angelegt. Davon wußten die Zeuginnen ..., ..., ... und .... Diesen gegenüber hatte er die Äußerung getan, jeder guter Pfleger müsse einen Vorrat an Betäubungsmitteln haben.“ (LG Wuppertal 1976: 99f.)

### **KATEGORIE: Schweigen über bekanntes Fehlverhalten**

„Insbesondere die Zeuginnen ..., ... , ... und der Zeuge ... haben geschildert, dass im Kollegenkreis durchaus aufgefallen sei, dass es während der Schichten des Angeklagten auffallend häufig zu Reanimationen kam, bei denen er sich dann selbstbewusst und ‚hemdsärmelig‘ aber auch gekonnt in Szene gesetzt hatte. Aus diesem Grund habe es auf der Station Gerede gegeben [...].“ (LG Oldenburg 2015: 31f.)

„In der Folgezeit fiel zunehmend auf, dass im Arbeitsbereich des Angeklagten des Öfteren Reanimationen erforderlich waren.“ (LG Oldenburg 2015: 14)

„... [die Pflegekraft] bemerkte sofort, dass der Blutdruck des ..., der zuvor noch stabil gewesen war, nunmehr auf 70/40 mmHg abgesunken war. Zudem fiel ihr auf, dass der Perfusor mit dem lebenswichtigen Arterenol sich in Nullstellung befand. Der Angeklagte drehte sich zur Schwester ... mit den Worten um: ‚Der Patient hat keinen Druck mehr.‘ Auf Nachfrage beim Angeklagten, weshalb der Perfusor auf Null stünde, entgegnete der Angeklagte, dass er ‚nichts gemacht habe.‘ Auf spätere nochmalige Nachfrage erwiderte der Angeklagte wörtlich: ‚Glaubst Du, ich habe das Arterenol ausgemacht? Es hört sich so an.‘“ (LG Oldenburg 2015: 12)

„Zudem gab es nach Überzeugung der Kammer auf der Intensivstation bereits seinerzeit Anzeichen auf Gilurytmalmissbrauch. So hat der Zeuge ..., der seinerzeit dort ebenfalls als Krankenpfleger tätig war, bekundet, nach einer Reanimation unter Beteiligung des Angeklagten im Abwurfbehälter des Patientenzimmers vier leere Gilurytmalampullen gefunden zu haben. Dies sei bereits auf Grund der Menge ungewöhnlich gewesen [...].“ (LG Oldenburg 2015: 32)

„Mit der Zeit fiel jedoch auf, dass der Angeklagte sich hier [i. e. bei der Reanimation] unangemessen in den Vordergrund spielte und zu aktionistischen Verhaltensweisen neigte, was auch Unmut bei seinen Kollegen hervorrief. Dem damaligen Chefarzt ... fiel dieses Verhalten ebenfalls mehrfach auf, so dass er die Pflegedirektion, [...] hierauf ansprach. Frau ... vermochte in dem Verhalten des Angeklagten jedoch nichts Falsches zu erkennen und veranlasste nichts.“ (LG Oldenburg 2015: 5)

„Es konnte nicht vollständig geklärt werden, was die Zeugin ... [i. e. die Pflegedirektorin] anschließend [i. e. nachdem sie über Auffälligkeiten des Angeklagten informiert worden war] veranlasst hatte. [...] Jedenfalls wurde der Angeklagte im September 2002 [im Klinikum Oldenburg seit 06/1999] zu einem persönlichen Gespräch zu ... gerufen. Dieser gab ihm zu verstehen, dass man im Krankenhaus kein Vertrauen mehr zu ihm habe. Eine Begründung hierfür lieferte der Chefarzt nicht. Obwohl er hierfür funktional nicht zuständig war, stellte er – wie mit Frau ... vereinbart – den Angeklagten vielmehr vor die Wahl, entweder mit unveränderten Bezügen in den Hol- und Bringendienst des Klinikums zu wechseln oder von seiner Tätigkeit sofort freigestellt zu werden, für die nächsten drei Monate aber sein volles Gehalt und ein gutes Arbeitszeugnis zu bekommen.“ (LG Oldenburg 2015: 6)

„Die Zeugin ... schrieb ihm absprachegemäß unter dem 10.10.2002 ein positives Zeugnis, in dem ihm bescheinigt wurde, ‚umsichtig, gewissenhaft und selbstständig‘ gearbeitet und in ‚kritischen Situationen [...] überlegt und sachlich richtig‘ gehandelt zu haben. Die ihm übertragenen Aufgaben habe er zur ‚vollsten Zufriedenheit‘ erledigt; er sei auf Grund ‚seiner Einsatzbereitschaft und seines kooperativen Verhaltens [...] und Mitarbeiterkreis und bei Vorgesetzten beliebt und geschätzt‘ gewesen. Aus dem Klinikum sei er ‚auf eigenen Wunsch‘ ausgeschieden.“ (LG Oldenburg 2015: 6)

„Er [i. e. eine Pflegekraft] habe die leeren Ampullen [i. e. vier Ampullen Gilurytmal] der stellvertretenden Stationsleiterin ... gegeben. Die Zeugin ... hat dies bestätigt [...]. Sie habe sich mit den leeren Ampullen an den Stationsleiter ... gewendet, der sie allerdings zurechtgewiesen und angemahnt habe, sie solle ihre Kompetenzen nicht überschreiten. Er werde sich nunmehr der Sache annehmen. Sie – die Zeugin – habe sich der Anweisung letztlich gebeugt. Ob der Stationsleiter ... daraufhin überhaupt weiter tätig geworden ist und was er ggf. veranlasst hat, ist unklar geblieben.“ (LG Oldenburg 2015: 32)

„Die Kollegen beklagten außerdem Stimmungsschwankungen, Sarkasmus und übertrieben wirkendes Auftreten.“ (LG Berlin 2007: Rn. 15)

„In den letzten zwei Jahren der Tätigkeit [i. e. 2004 – 2006] der Angeklagten hatte es wiederholt Beanstandungen am Verhalten der Angeklagten gegenüber Patienten gegeben. So war einem Großteil der pflegerischen Kollegen und auch manchen Ärzten ein unsanfter, ‚ruppiger‘ Umgang mit den Patienten aufgefallen, manche hatten auch körperliche Übergriffe in Form des Schlagens auf Finger oder ähnliches beobachtet.“ (LG Berlin 2007: Rn. 16)

„Auch soweit die Angeklagte im Rahmen der Behandlung gegenüber Ärzten in den Jahren 2001, 2005 und 2006 vereinzelt vorgeschlagen hatte, die Behandlung bei sterbenden Patienten einzustellen oder es gar zu Fehlern ihrerseits kam, weil sie eine Sauerstoffflasche nicht aufdrehte oder einen Tubus trotz ärztlichen Hinweises deplatziert beließ, wurde dies [...] nicht unter den Stationsmitarbeitern thematisiert.“ (LG Berlin 2007: Rn. 17)

„Der Zeuge ... der das Geschehen [i. e. drastischer Blutdruckabfall nach Medikamentengabe] akustisch wahrgenommen hatte und dem dies merkwürdig vorgekommen war, weil er wusste, dass der Patient keine Medikamente mehr hätte bekommen sollte [sic!], nahm die Ampullen [i. e. Nipruss] an sich und verwarhte sie anschließend.“ (LG Berlin 2007: Rn. 24)

„Überwiegend taten die Beteiligten ihre Beobachtungen [i. e. verbale und körperliche Gewalt gegenüber Patient\*innen] als einmaligen Vorfall ab und schwiegen [von 2004 – 2006].“ (LG Berlin 2007: Rn. 16)

„[...] mangelnde Korrektur durch das Team [...]“ (LG Berlin 2007: Rn. 18)

„Am Abend bei der Dienstübergabe erzählte der Zeuge ... [...] [anderen] Pflegern, von seinen Beobachtungen [i. e. Patient verstarb nach nicht verordneter Nipruss-Gabe durch die Angeklagte], bat sie jedoch nichts davon zu erzählen [...]. Zweieinhalb Wochen später fuhr er für drei Wochen in den Urlaub.“ (LG Berlin 2007: 25)

„Alle pflegerisch tätigen Zeugen haben davon abgesehen, die Angeklagte explizit auf ihr Verhalten [i. e. verbale und körperliche Gewalt gegenüber Patient\*innen] anzusprechen und haben, von zwei Fällen abgesehen, ihre Beobachtungen auch nicht der Pflegedienstleitung gemeldet.“ (LG Berlin 2007: Rn. 52)

„Bei einer Besprechung über die Zusammenarbeit im März 2006 gab es dann auch den Vorschlag, eine externe Teamberatung in Anspruch zu nehmen. Die Stationsleitung habe diesem Vorschlag aber reserviert gegenübergestanden und so sei es nicht dazu gekommen. [...] Eine Kollegin meinte später, das eigentliche Problem – Irene B. – sei gar nicht angesprochen worden.“ (Beine 2011: 314f.)

„Zu einer Meldung an die Pflegedienstleitung kam es erst [nach zwei Jahren] in der Folge zweier beobachteter Übergriffe im März bzw. Juli 2006.“ (LG Berlin 2007: Rn. 16)

„Ende September 2006 sah sich der Zeuge ... infolge weiterer Todesfälle im Zuständigkeitsbereich der Angeklagten veranlasst, gegenüber dem Arzt ... anzufragen, ob es ihm aufgefallen sei, dass bei der Angeklagten häufiger Patienten versterben und berichtete ihm im Zusammenhang von den Beobachtungen des .... Der Zeuge Dr. ... entschied sich, bei ‚nächster Gelegenheit‘ seinen Vorgesetzten zu informieren und berichtete am 26. September 2006 dem Stationsarzt .... Infolgedessen wurden auch der Oberarzt ... und die Stationsschwester ... informiert. Erst am Folgetag, nachdem beschlossen worden war, die Angeklagte nicht direkt anzusprechen, weil man arbeitsrechtliche Konsequenzen fürchtete, entschloss sich Dr. ..., den Leiter der Klinik, Prof. Dr. ... zu informieren.“ (LG Berlin 2007: Rn. 29)

„Erst am 4. Oktober 2006 [Im Juli 2006 wurde die Pflegedienstleitung erstmals über Auffälligkeiten informiert.] wurde der Klinikleiter von dem Verdacht gegen die Angeklagte in Verbindung mit den Beobachtungen des Zeugen ... unterrichtet.“ (LG Berlin 2007: 31)

„Bis zur Verhaftung [Obwohl die Pflegedienstleitung bereits im Juli 2006 über Auffälligkeiten informiert wurde, erfolgte die Verhaftung der späteren Angeklagten erst im Oktober 2006.] bestand die Reaktion der Pflegedienstleitung allerdings nur darin, im August 2006 schriftliche Vermerke von den Beobachtenden zu erfordern. Die Angeklagte war bis zu ihrer Verhaftung von keinem auf die Vorfälle angesprochen worden.“ (LG Berlin 2007: Rn. 16)

„[Die Vertretung der Pflegedienstleitung] bestätigt, dass ihr wegen verstärkten Arbeitsanfalls eine Klärung der Angelegenheit nicht möglich gewesen sei, zumal lediglich anonyme schriftliche Hinweise vorgelegen hätten.“ (LG Berlin 2007: Rn. 52)

„Über den Tod eines Patienten informierte Stephan L. eine Kollegin mit den Worten: ‚Der Patient ist abgekackt.‘ Sie [...] besprach die Vorkommnisse mit ihren Kollegen. [...] Im Kollegenkreis war bekannt, dass dies sein Standardspruch war.“ (Beine 2011: 288)

„Im Kollegenkreis wuchs der Unmut, weil Stephan L. Pflegefehler machte, die mit ihm nicht zu besprechen waren.“ (Beine 2011: 287)

„Diese [Kollegen von Stephan L.] zeigten sich aber wenig auskunftsbereit, weil sie nicht erneut in die Kritik der Pflegedienstleitung geraten wollten.“ (Beine 2011: 289)

„Die Stationsschwester informierte die Leiterin des Pflegedienstes über diesen Vorfall [der Angeklagte reagierte aggressiv auf ein Unterstützungsangebot durch eine Kollegin] und es gab ein gemeinsames Gespräch. Dabei wurde ausdrücklich betont, dass Stephan L. für die anfallenden Aufgaben in seinem Bereich allein verantwortlich sei. Niemand sonst müsse sich zuständig fühlen. Die erfahrene Krankenschwester fühlte sich brüskiert und hielt sich in Zukunft zurück. Auch für andere Kollegen war diese Reaktion von Seiten der Führung Anlass, vorsichtig mit Kritik an Stephan L. zu sein.“ (Beine 2011: 287)

„Mehrfach wurde die Stationsschwester von Kollegen über Probleme informiert, die sie mit Stephan L. hatten. Diese wandte sich an die Leiterin des Pflegedienstes, ohne erkennbare Konsequenzen.“ (Beine 2011: 287)

„Bei Nachforschungen fiel auf, dass weitere Medikamente fehlten, vornehmlich Etomidat und Diazepam, aber auch Lysthenon. Die Stationsschwester informierte umgehend den Oberarzt, den Chefarzt und die Leiterin des Pflegedienstes. Diese berichtete später, dass sie das Ganze damals nicht so dramatisch eingeschätzt habe, es käme ja immer wieder mal vor, dass auf Station [von Stephan L.] Medikamente fehlen würden.“ (Beine 2011: 289)

„Nach dem Gespräch [i. e. Gespräch zwischen Stephan L. und der Pflegedienstleitung über Pflegefehler] wurden mehrere Mitarbeiter wegen ihrer Anschuldigungen gerügt, die nicht bewiesen werden konnten.“ (Beine 2011: 289)

„Als eine offizielle Reaktion [auf die Medikamentenmissstände] der Pflegedienstleitung über mehr als zwei Wochen ausblieb, forderte die Stationsschwester bei einer Dienstbesprechung im Beisein der Pflegedienstleiterin und des Personalleiters in großer Runde Mitte Juni 2004 die Versetzung von Stephan L. Was er betreibe, sei gefährliche Pflege, und sie habe den Eindruck, als genieße er eine Art Sonderschutz. Die Stationsschwester bekam daraufhin zu hören, dass sie zu emotional reagiere und nicht in der Lage sei, eine Beurteilung abzugeben.“ (Beine 2011: 289f.)

„Einigen Kollegen fiel die recht grobe Art auf, in der er mit verstorbenen Menschen umging. Andere bemerkten, dass Wolfgang L. besonders rau und makaber über Patienten oder Verstorbene redete. [...] [Z. B.] ‚Der ist schon in der Kiste, den brauchst Du nicht mehr zu waschen‘. Immer wieder kam es vor, dass Wolfgang L. vereinzelt geistig behinderte oder verwirrte Menschen barsch abfertigte und anschrie.“ (Beine 2011: 213)

„Sechs Mitarbeiter der Inneren Abteilung teilten Ihren Verdacht, dass die Atemdepression durch eine unverordnete Neurocil-Gabe durch Wolfgang L. verursacht sein könnte, wenige Tage später schriftlich dem kommissarischen Chefarzt ihrer Abteilung mit. Der ärztliche Leiter informierte die Betriebsleitung des Krankenhauses über dieses Schreiben. Blut und Urin wurden in zwei verschiedenen Instituten untersucht. [...] Parallel befragte die Betriebsleitung die beteiligten Schwestern, Pfleger und Ärzte der Intensivstation und der Inneren I. Einige von ihnen hatten sich vorher mit einem Rechtsanwalt beraten und vermieden es, seinem Ratschlag folgend, einen Namen zu nennen. [...] Bei ihren Befragungen durch die Betriebsleitung erwähnten sie [i. e. zwei Pflegekräfte] nichts von ihrem Misstrauen.“ (Beine 2011: 216)

„Wenn auch die Mehrzahl der Mitarbeiter der Überzeugung war, dass ‚da etwas nicht stimmte‘ und Wolfgang L. etwas mit den Todesfällen zu tun habe, so wurde dieser Verdacht nur hinter vorgehaltener Hand besprochen.“ (Beine 2011: 217)

„In einem Gespräch äußerte der Chefarzt den Verdacht, dass in seiner Abteilung [des Lainzer Krankenhauses] vom Pflegepersonal unverordnete Medikamente, zum Beispiel Insulin oder Dominal gegeben würden. Dieser Verdacht – so der Chefarzt – bestehe bereits seit einem Jahr.“ (Beine 2011: 170)

„In den letzten Jahren waren beim Ombudsmann des [Lainzer] Krankenhauses verschiedene Beschwerden über mangelhafte pflegerische Betreuung eingegangen. Patienten wurden über einen längeren Zeitraum im Kot liegen gelassen und die Klingel so hochgehängt, dass sie unerreichbar war.“ (Beine 2011: 171)

„Auch einem Arzt war aufgefallen, dass bei Waltraud W. viele Todesfälle auftraten; er hatte von ihrem Spitznamen ‚Hexe‘ gehört.“ (Beine 2011: 172)

„Es sei in der Station schon bekannt gewesen, dass eine ungewöhnlich hohe Sterberate in Waltraud W.s Diensten vorgelegen habe. Es sei auch mehrfach darüber gesprochen worden.“ [Kolleg\*innen über Waltraud W.] (Beine 2011: 189)

„Natürlich sei unter den Schwestern immer wieder über diese Vorfälle [Patient\*innentötungen] geredet worden. Maria G. traute sich aber nicht, etwas dazu zu sagen, weil sie ja selbst 1983 ‚unter der Anleitung von Waltraud W.‘ etwas gemacht hatte.“ [Aussage Maria G.] (Beine 2011: 198f.)

„Stationsgehilfinnen dürfen nach österreichischem Recht ausschließlich einfache Hilfsdienste in den Krankenhäusern verrichten. In Lainz kam es häufig vor, dass auf einer Station ausschließlich Stationsgehilfinnen im Dienst waren und alle anfallenden Arbeiten, auch das Verabreichen von Injektionen durchführten. Alle Verantwortlichen wussten um diese Personalsituation.“ (Beine 2011: 171)

„Nach langen Überlegungen zog er [i. e. Pfleger] am nächsten Tag den Pfleger ... ins Vertrauen. Für diesen hörte sich der Bericht [i. e. der Angeklagte soll Patient mit Kalium-Bolusgabe getötet haben] verdammt unglaubwürdig an [...], auch wenn er an der subjektiven Ehrlichkeit seines Kollegen nicht zweifeln mochte. Er konnte sich eine solche Handlungsweise, erst recht nicht eine solche der ihm vorgesetzten, hochgelobten Schwester ... jedoch einfach nicht vorstellen, wollte auch nicht, daß das wahr sein könne. [...] Beide kamen deshalb bald überein, die Angeklagte zu beobachten und vorerst nichts zu unternehmen. Sie waren sich sicher, daß der Zeuge ... bei niemanden Glauben fände [...].“ (LG Wuppertal 1989: 000105f.)

„[...] man habe [...] sich [...] wegen der engen Kontakte [der Angeklagten] zur Chefin noch nicht einmal beschweren können.“ (LG Wuppertal 1989: 000079)

„Der Pfleger war stundenlang wie betäubt [, weil er beobachtet hatte, wie die Angeklagte einen Patienten mit einer Bolusgabe von 40 mval Kalium getötet hatte]. Was er gesehen hatte, schien ihm so undenkbar, daß er zunächst glaubte, seinen Wahrnehmungen nicht trauen zu können.“ (LG Wuppertal 1989: 000105)

„Nach langen Überlegungen entschlossen sie sich, am nächsten Tag den Oberarzt Dr. ... ins Vertrauen zu ziehen. Bevor sie dies taten, mußte der Oberarzt ihnen das Ehrenwort geben, niemanden zu erzählen, was sie ihm sagten.“ (LG Wuppertal 1989: 000120)

„[...] hatten sie [i. e. die Pfleger, die über ihren Verdacht der Tötung von Patient\*innen durch die Angeklagte dem Oberarzt berichteten] den Eindruck, daß auch Dr. ... ihnen nicht glaubte.“ (LG Wuppertal 1989: 000120)

„Daraufhin [i. e. nachdem der erhöhte Kaliumwert eines Todesopfers heimlich von Mitarbeitenden ermittelt worden war] besprachen sie [i. e. zwei Pfleger und ein Oberarzt der ITS] sich, das dienstliche Handeln der Angeklagten möglichst genau im Auge zu behalten.“ (LG Wuppertal 1989: 000121)

„Am Montag, dem 13. Januar 1986, wurden er und der Zeuge ... zur Chefärztin gerufen, der sie, wie es der Zeuge ... ausgedrückt hat, alle Beobachtungen noch einmal ‚haarklein‘ berichten mußten. Dr. ... hörte beide in Ruhe an. Den anschließenden Fragen der Chefärztin, ob sie etwa ‚den Posten von Schwester ... [i. e. der Angeklagten] erhaschen‘ wollten oder ‚sexuell bei ihr nicht angekommen‘ seien, entnahmen die Zeugen jedoch betroffen, daß ihnen offenbar nicht geglaubt wurde. Mit der Aufforderung, ‚strengstes Stillschweigen‘ zu bewahren, wurden sie schließlich entlassen. Ein oder zwei Tage später mußten die beiden Pfleger unter dem Vorwand, es gehe um den Mißbrauch von Medikamenten, einzeln erneut zur Chefärztin. Bei ihr war der Justiziar des Krankenhauses, Rechtsassessor ..., der zunächst die Angeklagte mit den Angaben der Zeugen konfrontiert hatte. Dabei hatte die Angeklagte alle Vorwürfe zurückgewiesen [...]. Der Zeuge ..., der erwartet hatte, ihm werde nun doch für seine Aufmerksamkeit ‚eine gewisse Anerkennung‘ zuteil, wurde nach seinem Eindruck ‚sehr kühl‘ empfangen. [...] Erneut wurde er gefragt, ob es ihn in Wahrheit um den Posten der Angeklagten gehe. [...] Assessor ... oder die Chefärztin erklärten schließlich, das höre sich ‚doch alles sehr fadenscheinig‘ an. Der Zeuge beschränkte sich auf die Antwort: ‚Die Verantwortung liegt bei ihnen‘ und ging deprimiert. [...] [dem Zeugen ...] erging [es] indes kaum anders. Auch seiner Darstellung wurde offenbar nicht geglaubt.“ (LG Wuppertal 1989: 000131ff.)

„Entsprechende Handlungsweisen des Angeklagten bestätigen den Eindruck, daß es sich nicht nur um gelegentliche, aus einer besonderen Situation des Heimes möglicherweise verständliche, wenn auch nicht zu billigende Vorfälle handelte: Dem taubstummen Heiminsassen ..., der sich durch bellende Laute bemerkbar machte, trat und schlug der Angeklagte derartig, daß dieser seine Brille verlor. Auch bespuckte er ihn. Als der Angeklagte Frau ... auf seinen Armen von ihrem Zimmer in den Behandlungsraum trug, und diese unter sich gehen ließ, trat er ihr mit dem Knie in das Gesäß mit der Erklärung: ‚So eine Schweinerei‘. [...] Gleichzeitig versetzte er ihr Schläge vor Bauch und Brust. Die Leiche des verstorbenen Heiminsassen ... trug er des Nachts wie einen Mehlsack unter dem Arm in die Leichenhalle.“ (LG Wuppertal 1976: 45)

„Auch im Umgang mit Betäubungsmitteln wurden Unkorrektheiten des Angeklagten festgestellt. [...] Um eine Kontrolle des Betäubungsmittelverbrauchs im Übrigen unmöglich zu machen, hatte er in einem in einem Nebenraum abgestellten Schrank einen eigenen Betäubungsmittelvorrat angelegt. Davon wußten die Zeuginnen ..., ..., ... und .... Diesen gegenüber hatte er die Äußerung getan, jeder guter Pfleger müsse einen Vorrat an Betäubungsmitteln haben.“ (LG Wuppertal 1976: 99f.)

„Bei der Bewerbung des Angeklagten hatte der Chefarzt, der Zeuge Dr. ..., wohl bemerkt, daß in den Bewerbungsunterlagen des Angeklagten Fehlzeiten vorhanden waren. Dennoch wurden keine Bedenken gegen ihn erhoben [...].“ (LG Wuppertal 1976: 113)

„Bei seinem Dienstantritt hielt der Angeklagte vor dem Personal eine kleine Rede, in der er u.a. ausführte, daß er es nicht dulde, daß man einen Keil zwischen ihn und die Oberschwester treibe. Wer sich auf der Station nicht anpasse, werde von ihm verdrängt werden. [...] Später merkte er [i. e. ein Pfleger] jedoch, daß der Angeklagte bei dem Chefarzt Dr. ... eine so starke

Stellung hatte, daß er es nicht wagen konnte, dem Chefarzt Beobachtungen weiterzugeben, die er hätte weitergeben müssen: So hatte er bei dem Angeklagtem beobachtet, daß dieser eine ganze Schachtel Pantopon, ein Betäubungsmittel, welches nur im ‚Giftschrank‘ hätte aufbewahrt werden dürfen, in der Tasche mit sich herum trug. Der Zeuge beobachtete auch, daß mindestens zwei Krankenschwestern, die irgendwelche Spannungen mit dem Angeklagten bekamen, versetzt wurden.“ (LG Wuppertal 1976: 114f.)

„Dem Haus- und Pflegepersonal gegenüber erklärte der Angeklagte gleich zu Beginn seiner Tätigkeit, er verlange strikte Verschwiegenheit nach außen.“ (LG Wuppertal 1976: 39)

„Andererseits hatte keiner der Heiminsassen den Mut dazu, sich konkret zu offenbaren, da sie weitere Schikanen des Angeklagten fürchteten.“ (LG Wuppertal 1976: 46)

„Sie [i. e. eine Bewohnerin] wollte aber nicht, daß etwas gesagt werde, weil sie Angst vor dem Angeklagtem habe.“ (LG Wuppertal 1976: 47)

„Daß alle diese Umstände nicht nach außen drangen, lag an verschiedenen Umständen. Zunächst hatte der Angeklagte das Personal darauf hingewiesen, es bestünde absolute Schweigepflicht. Sodann kam ihm zustatten, daß er wegen des von ihm zu Unrecht geführten Titels Diakon bei den Personen, die ihn beobachteten, ein höheres Ansehen genoß und deshalb gegenüber Verdächtigungen mit der Erklärung, er sei Diakon, man traue ihm so etwas nicht zu, in Schutz genommen wurde. So passierte es Zeuginnen, die sich bei der Zeugin ... über die Behandlungsweise des Angeklagten beschwerten wollten. An den Kirchenverband konnten Beschwerden nicht herankommen, da der unmittelbar am Ort sitzende Vertreter des Verbandes, der den Angeklagten beobachten und bewachen sollte, der Zeuge ..., selbst solche Beschwerden aus Gründen, die nicht aufgeklärt werden konnten, nicht feststellte.“ (LG Wuppertal 1976: 47)

„Sie [i. e. zwei Altenpflegeschülerinnen] schilderten der Internatsleiterin, der Zeugin ..., ihre Bedenken, daß im Altenheim nicht alles mit rechten Dingen zuginge. Dabei zeigten sie auch die beiden mitgenommenen Ampullen [i. e. Scophedal-forte]. Die Zeugin ... versuchte zunächst, die Bedenken der beiden Schülerinnen zu zerstreuen. Sie machte ihnen Vorhaltungen, ihnen als Schülerinnen stünde das Recht nicht zu, Maßnahmen des Angeklagten zu kritisieren. Später telefonierte sie mit ihrer Vorgesetzten, Frau ..., ließ sodann die Zeuginnen ... und ... noch einmal zu sich kommen und schärfte ihnen nunmehr ein, sie stünden unter Schweigepflicht, die Anstalt könne sich keinen Skandal leisten, sie sollten bedenken, der Angeklagte sei Diakon und sie wollten ja einmal eine Prüfung machen. Schließlich erklärte sie noch, der liebe Gott werde das schon alles regeln.“ (LG Wuppertal 1976: 57)

„Von der Zeugin ... verlangte der Angeklagte, nichts über den Vorfall [dass eine somnolente Patientin beim Baden allein gelassen wurde, mit dem Kopf unter das Wasser rutschte und deshalb ca. 30 Minuten starb, nachdem der Angeklagte sie aus dem Wasser holte.] zu sagen.“ (LG Wuppertal 1976: 108)

„Sie [i. e. eine Altenpflegeschülerin] machte Beobachtungen, die bei ihr den Eindruck entstehen ließen, die Heiminsassen würden nicht menschenwürdig behandelt und vor allem durch Spritzen zu Tode gebracht. Diesen ihren Eindruck vermittelte sie dem Vorstandsvorsitzendem des Kirchenvorstandes, Pfarrer .... Pfarrer ... rief daraufhin eine Vorstandsvorstandssitzung auf den 12. Januar 1971 ein, in der die Zeugin ... ihre Vorwürfe wiederholte.“ (LG Wuppertal 1976: 48)

„Aufgrund verschiedener der oben bezeichneten Vorfälle [i. e. Pflegefehler] fand am 4.8.1972 eine Besprechung statt, deren Ergebnis in einem Protokoll festgehalten wurde. An der

Besprechung nahmen neben der Oberschwester ... die Zeugen Dr. ..., ... und ... teil. Dieses Protokoll wurde dem Chefarzt, dem Zeugen Dr. ..., der zu der damaligen Zeit in Urlaub war, vorgelegt. Der Zeuge Dr. ... sah die Anschuldigungen gegen den Angeklagten jedoch als Stationsquerelen an. Er frug jeden der Beteiligten des Gesprächs einzeln, ob konkrete Anhaltspunkte gegen den Angeklagten vorlägen, die zu einer Anklage führen oder einen Kündigungsgrund abgeben könnten. Als dies die Beteiligten insbesondere mit Rücksicht auf die Konsequenzen (Anklage oder Kündigung) scheuten, nahm der Zeuge Dr. ... die Gelegenheit wahr, den Angeklagten in die Ambulanz zu übernehmen [...].“ (LG Wuppertal 1976: 100f.)

- **Textbelege II<sup>156</sup>: „Organizational Silence“**

Anmerkungen oder Auslassungen in [eckigen Klammern] wurden von der Autorin der vorliegenden Bachelor-Thesis vorgenommen. Anmerkungen in (runden Klammern) sind dem Original entnommen. Da die ausgewerteten Urteile von den Staatsanwaltschaften anonymisiert wurden, werden geschwärzte Namensangaben in den folgenden Textbelegen mit ... angezeigt.

**„Organizational Silence“**

„Mit der Zeit fiel jedoch auf, dass der Angeklagte sich hier [i. e. bei der Reanimation] unangemessen in den Vordergrund spielte und zu aktionistischen Verhaltensweisen neigte, was auch Unmut bei seinen Kollegen hervorrief. Dem damaligen Chefarzt ... fiel dieses Verhalten ebenfalls mehrfach auf, so dass er die Pflegedirektion, [...] hierauf ansprach. Frau ... vermochte in dem Verhalten des Angeklagten jedoch nichts Falsches zu erkennen und veranlasste nichts.“ (LG Oldenburg 2015: 5)

„Er [i. e. eine Pflegekraft] habe die leeren Ampullen [i. e. vier Ampullen Gilurytmal] der stellvertretenden Stationsleiterin ... gegeben. Die Zeugin ... hat dies bestätigt [...]. Sie habe sich mit den leeren Ampullen an den Stationsleiter ... gewendet, der sie allerdings zurechtgewiesen und angemahnt habe, sie solle ihre Kompetenzen nicht überschreiten. Er werde sich nunmehr der Sache annehmen. Sie – die Zeugin – habe sich der Anweisung letztlich gebeugt. Ob der Stationsleiter ... daraufhin überhaupt weiter tätig geworden ist und was er ggf. veranlasst hat, ist unklar geblieben.“ (LG Oldenburg 2015: 32)

„[...] er [i. e. eine Pflegekraft] [wollte] die Tätigkeit eines Supervisors in Anspruch nehmen [...]. Die Zeuginnen ... haben bekundet, dass jenes Thema angesprochen worden, letztlich jedoch kein Ergebnis erzielt worden sei.“ (LG Berlin 2007: Rn. 40)

„Bei einer Besprechung über die Zusammenarbeit im März 2006 gab es dann auch den Vorschlag, eine externe Teamberatung in Anspruch zu nehmen. Die Stationsleitung habe diesem Vorschlag aber reserviert gegenübergestanden und so sei es nicht dazu gekommen.“ (Beine 2011: 314f.)

„Diese [Kollegen von Stephan L.] zeigten sich aber wenig auskunftsbereit, weil sie nicht erneut in die Kritik der Pflegedienstleitung geraten wollten.“ (Beine 2011: 289)

„Die Stationsschwester informierte die Leiterin des Pflegedienstes über diesen Vorfall [der Angeklagte reagierte aggressiv auf ein Unterstützungsangebot durch eine Kollegin] und es gab ein gemeinsames Gespräch. Dabei wurde ausdrücklich betont, dass Stephan L. für die anfallenden Aufgaben in seinem Bereich allein verantwortlich sei. Niemand sonst müsse sich zuständig fühlen. Die erfahrene Krankenschwester fühlte sich brüskiert und hielt sich in Zukunft zurück. Auch für andere Kollegen war diese Reaktion von Seiten der Führung Anlass, vorsichtig mit Kritik an Stephan L. zu sein.“ (Beine 2011: 287)

„Mehrfach wurde die Stationsschwester von Kollegen über Probleme informiert, die sie mit Stephan L. hatten. Diese wandte sich an die Leiterin des Pflegedienstes, ohne erkennbare Konsequenzen.“ (Beine 2011: 287)

<sup>156</sup> Es handelt sich um eine Auswahl an Textbelegen, da der Datenumfang erheblich ist (siehe Methodik 3.)

„Die meisten Kollegen hatten den Eindruck, als werde Stephan L. von der Leiterin des Pflegedienstes gedeckt. Sie resignierten und sahen keinen Sinn darin, weitere Vorfälle und Probleme anzusprechen.“ (Beine 2011: 288)

„Bei Nachforschungen fiel auf, dass weitere Medikamente fehlten, vornehmlich Etomidat und Diazepam, aber auch Lysthenon. Die Stationsschwester informierte umgehend den Oberarzt, den Chefarzt und die Leiterin des Pflegedienstes. Diese berichtete später, dass sie das Ganze damals nicht so dramatisch eingeschätzt habe, es käme ja immer wieder mal vor, dass auf Station [von Stephan L.] Medikamente fehlen würden.“ (Beine 2011: 289)

„Nach dem Gespräch [i. e. Gespräch zwischen Stephan L. und der Pflegedienstleitung über Pflegefehler] wurden mehrere Mitarbeiter wegen ihrer Anschuldigungen gerügt, die nicht bewiesen werden konnten.“ (Beine 2011: 289)

„Als eine offizielle Reaktion [auf die Medikamentenmissstände] der Pflegedienstleitung über mehr als zwei Wochen ausblieb, forderte die Stationsschwester bei einer Dienstbesprechung im Beisein der Pflegedienstleiterin und des Personalleiters in großer Runde Mitte Juni 2004 die Versetzung von Stephan L. Was er betreibe, sei gefährliche Pflege, und sie habe den Eindruck, als genieße er eine Art Sonderschutz. Die Stationsschwester bekam daraufhin zu hören, dass sie zu emotional reagiere und nicht in der Lage sei, eine Beurteilung abzugeben.“ (Beine 2011: 289f.)

„Der Professor war überhaupt nicht erreichbar. Die kleinen Leute wie wir, die waren für ihn überhaupt nicht da. [...] Denn wenn man aufgemuckt hat, haben die Vorgesetzten nur gesagt, das muss einfach geschehen.“ [Waltraud W. über die Situation auf Station] (Beine 2011: 185f.)

„An die Personalvertretung konnte man sich auch nicht wenden, denn dann wurden die Stationsschwester und Oberschwester böse. Man war auf der Station unten durch, wenn man so etwas machte. An Ersatz war nicht zu denken, nein, den hat es nie gegeben, um den hat sich die Oberschwester nicht gekümmert.“ [Waltraud W. über die Situation auf Station] (Beine 2011: 186)

„Das Arbeitsklima war an und für sich nicht sehr gut. Man hat sich unter Kolleginnen besser verstanden, wenn man ein Problem hatte. Die Ärzte haben sich das angehorcht und sagten, das geht mich nichts an, das ist Chefsache. An den ist man jedoch nicht herangekommen. Er hat mit ‚Radl‘ Schwestern nicht gesprochen, vielleicht mit einer Stationsschwester. Wie wir zum Chef wollten, hatte er keine Zeit. Wir waren bei 40 Patienten oft zu zweit. Es hat sich keiner gekümmert, wie wir es machen und wie wir fertig werden, es hat nur immer alles geschehen müssen, keiner fragte, wie wir’s schaffen.“ [Waltraud W. zur Situation auf Station] (Beine 2011: 186)

„An die Personalvertretung habe man sich nicht wenden können. Dafür habe man bei den Vorgesetzten büßen müssen. Insbesondere die Stationsschwester und Oberschwester hätten sich darüber lustig gemacht. Außerdem habe sich das auf die Diensterteilung ausgewirkt [...]“ [Irene L. über die Situation auf Station] (Beine 2011: 193)

„Mehr und mehr gab sie [i. e. die Stationsgehilfin Maria G.] dann, vor allem im Nachtdienst, auch Injektionen. Wenn sie darauf hinwies, dass der Chefarzt das eigentlich verboten habe, wurde sie nur ausgelacht.“ (Beine 2011: 197)

„Zum Chefarzt habe sie keinerlei Beziehung gehabt. Der habe kaum mit den kleinen Leuten gesprochen. [...] an ein direktes Gespräch mit den Schwestern kann sich Maria G. nicht erinnern.“ (Beine 2011: 197)

„Sie [i. e. Assistenzärzt\*innen] wurden in Überlegungen bezüglich irgendwelcher Behandlungsschemata ebenso wenig einbezogen wie das Pflegepersonal. Vorschläge konnten zwar geäußert werden, machten aber [...] gewöhnlich ebenso wenig Eindruck, wie grundsätzlich unerwünschte kritische Äußerungen irgendwelche positiven Wirkungen zeigten.“ (LG Wuppertal 1989: 000038f.)

„[...] die [i. e. die Pflegenden] konnten selbst nichts ändern. In der sicheren Erwartung, sich nur eine Abfuhr holen zu können, wagte niemand, den unter Schwestern und Pflegern [...] weit verbreiteten Wunsch an die Chefärztin weiterzugeben, vor allem die Behandlungsschemata nicht einfach nur anzuordnen, sondern gemeinsam zu besprechen.“ (LG Wuppertal 1989: 000039)

„Alle Mitglieder des Pflegepersonals hatten Anordnungen der Chefärztin unverzüglich ohne Nachfragen nachzukommen.“ (LG Wuppertal 1989: 000040)

„Es gab dort eine Atmosphäre der Angst, sich zu beschweren.“ [Aussage eines Arztes der ITS] (LG Wuppertal 1989: 000057)

„[Die Chefärztin war] wegen ihres Autoritätsanspruchs [...] gefürchtet [...].“ (LG Wuppertal 1989: 000060)

„Die Leitung der Station habe offensichtlich nicht gesehen, daß das Pflegepersonal von Intensivstationen besonders starken Belastungen und psychischen Gefährdungen ausgesetzt sei, die eines Auffang- und Verarbeitungsnetzes bedurften. Eine regelmäßige und behutsame Führung durch Stations- und Gruppengespräche hätte vielleicht eine Entwicklung wie die der Angeklagten entdecken und verhindern helfen.“ (LG Wuppertal 1989: 000205)

„Nach langen Überlegungen zog er [i. e. Pfleger] am nächsten Tag den Pfleger ... ins Vertrauen. Für diesen hörte sich der Bericht [i. e. der Angeklagte soll Patient mit Kalium-Bolusgabe getötet haben] verdammt unglaublich an [...], auch wenn er an der subjektiven Ehrlichkeit seines Kollegen nicht zweifeln mochte. Er konnte sich eine solche Handlungsweise, erst recht nicht eine solche der ihm vorgesetzten, hochgelobten Schwester ... jedoch einfach nicht vorstellen, wollte auch nicht, daß das wahr sein könne. [...] Beide kamen deshalb bald überein, die Angeklagte zu beobachten und vorerst nichts zu unternehmen. Sie waren sich sicher, daß der Zeuge ... bei niemanden Glauben fände [...].“ (LG Wuppertal 1989: 000105f.)

„Für beide stand sogleich fest, daß sie sich nicht an die Chefärztin wenden konnten, zu der die Angeklagte ‚ein denkbar gutes Verhältnis‘ hatte [...]. Sie befürchteten deshalb, ‚von der Chefin nicht für voll genommen zu werden‘.“ (LG Wuppertal 1989: 000119f.)

„[...] hatten sie [i. e. die Pfleger, die über ihren Verdacht der Tötung von Patient\*innen durch die Angeklagte dem Oberarzt berichteten] den Eindruck, daß auch Dr. ... ihnen nicht glaubte.“ (LG Wuppertal 1989: 000120)

„Am Montag, dem 13. Januar 1986, wurden er und der Zeuge ... zur Chefärztin gerufen, der sie, wie es der Zeuge ... ausgedrückt hat, alle Beobachtungen noch einmal ‚haarklein‘ berichten mußten. Dr. ... hörte beide in Ruhe an. Den anschließenden Fragen der Chefärztin, ob sie etwa ‚den Posten von Schwester ... [i. e. der Angeklagten] erhaschen‘ wollten oder ‚sexuell bei ihr nicht angekommen‘ seien, entnahmen die Zeugen jedoch betroffen, daß ihnen offenbar nicht geglaubt wurde. Mit der Aufforderung, ‚strengstes Stillschweigen‘ zu bewahren, wurden sie schließlich entlassen. Ein oder zwei Tage später mußten die beiden Pfleger unter dem Vorwand, es gehe um den Mißbrauch von Medikamenten, einzeln erneut

zur Chefärztin. Bei ihr war der Justiziar des Krankenhauses, Rechtsassessor ..., der zunächst die Angeklagte mit den Angaben der Zeugen konfrontiert hatte. Dabei hatte die Angeklagte alle Vorwürfe zurückgewiesen [...]. Der Zeuge ..., der erwartet hatte, ihm werde nun doch für seine Aufmerksamkeit ‚eine gewisse Anerkennung‘ zuteil, wurde nach seinem Eindruck ‚sehr kühl‘ empfangen. [...] Erneut wurde er gefragt, ob es ihn in Wahrheit um den Posten der Angeklagten gehe. [...] Assessor ... oder die Chefärztin erklärten schließlich, das höre sich ‚doch alles sehr fadenscheinig‘ an. Der Zeuge beschränkte sich auf die Antwort: ‚Die Verantwortung liegt bei ihnen‘ und ging deprimiert. [...] [dem Zeugen ...] erging [es] indes kaum anders. Auch seiner Darstellung wurde offenbar nicht geglaubt.“ (LG Wuppertal 1989: 000131ff.)

„Bei seinem Dienstantritt hielt der Angeklagte vor dem Personal eine kleine Rede, in der er u. a. ausführte, daß er es nicht dulde, daß man einen Keil zwischen ihn und die Oberschwester treibe. Wer sich auf der Station nicht anpasse, werde von ihm verdrängt werden. [...] Später merkte er [i. e. ein Pfleger] jedoch, daß der Angeklagte bei dem Chefarzt Dr. ... eine so starke Stellung hatte, daß er es nicht wagen konnte, dem Chefarzt Beobachtungen weiterzugeben, die er hätte weitergeben müssen: So hatte er bei dem Angeklagtem beobachtet, daß dieser eine ganze Schachtel Pantopon, ein Betäubungsmittel, welches nur im ‚Giftschrank‘ hätte aufbewahrt werden dürfen, in der Tasche mit sich herum trug. Der Zeuge beobachtete auch, daß mindestens zwei Krankenschwestern, die irgendwelche Spannungen mit dem Angeklagten bekamen, versetzt wurden.“ (LG Wuppertal 1976: 114f.)

„Dem Haus- und Pflegepersonal gegenüber erklärte der Angeklagte gleich zu Beginn seiner Tätigkeit, er verlange strikte Verschwiegenheit nach außen.“ (LG Wuppertal 1976: 39)

„Ihre [Altenpflegerin] entsprechenden Vorhaltungen [Mangelnde Rücksicht auf Pflegebedürftige] wurden von dem Angeklagten nicht beachtet; sie konnte sich jedoch des Eindrucks nicht erwehren, daß er ihre Bemerkungen übel nahm. Bereits etwa 3 Wochen nach seinem Amtsantritt empfahl der Angeklagte der Zeugin ..., sich wegen ihrer rheumatischen Beschwerden krankschreiben zu lassen. Er fügte hinzu, wenn sie nicht gehe, so würde sie so gehetzt werden, daß sie nach 14 Tagen aus dem Haus getragen werden müsse.“ (LG Wuppertal 1976: 40)

„Die Schwesternschülerinnen, die sich u. a. bei der Zeugin ... beschwerten, wurden von dieser eingeschüchtert, sie wollten doch ein Examen machen.“ (LG Wuppertal 1976: 48)

„Sie [i. e. zwei Altenpflegeschülerinnen] schilderten der Internatsleiterin, der Zeugin ..., ihre Bedenken, daß im Altenheim nicht alles mit rechten Dingen zugehe. Dabei zeigten sie auch die beiden mitgenommenen Ampullen [i. e. Scopopedal-forte]. Die Zeugin ... versuchte zunächst, die Bedenken der beiden Schülerinnen zu zerstreuen. Sie machte ihnen Vorhaltungen, ihnen als Schülerinnen stünde das Recht nicht zu, Maßnahmen des Angeklagten zu kritisieren. Später telefonierte sie mit ihrer Vorgesetzten, Frau ..., ließ sodann die Zeuginnen ... und ... noch einmal zu sich kommen und schärfte ihnen nunmehr ein, sie stünden unter Schweigepflicht, die Anstalt könne sich keinen Skandal leisten, sie sollten bedenken, der Angeklagte sei Diakon und sie wollten ja einmal eine Prüfung machen. Schließlich erklärte sie noch, der liebe Gott werde das schon alles regeln.“ (LG Wuppertal 1976: 57)

„Aufgrund verschiedener der oben bezeichneten Vorfälle [Pflegerfehler] fand am 4.8.1972 eine Besprechung statt, deren Ergebnis in einem Protokoll festgehalten wurde. An der Besprechung nahmen neben der Oberschwester ... die Zeugen Dr. ..., ... und ... teil. Dieses Protokoll wurde dem Chefarzt, dem Zeugen Dr. ..., der zu der damaligen Zeit in Urlaub war, vorgelegt. Der Zeuge Dr. ... sah die Anschuldigungen gegen den Angeklagten jedoch als Stationsquerelen an. Er frug jeden der Beteiligten des Gesprächs einzeln, ob konkrete

Anhaltspunkte gegen den Angeklagten vorlägen, die zu einer Anklage führen oder einen Kündigungsgrund abgeben könnten. Als dies die Beteiligten insbesondere mit Rücksicht auf die Konsequenzen (Anklage oder Kündigung) scheuten, nahm der Zeuge Dr. ... die Gelegenheit wahr, den Angeklagten in die Ambulanz zu übernehmen [...].“ (LG Wuppertal 1976: 100f.)

## 10. Literaturverzeichnis

Amrhein, L. (2005): Stationäre Altenpflege im Fokus von Machtbeziehungen und sozialen Konflikten. In: Schroeter, K.; Rosenthal, T. (Hrsg.) (2005): *Soziologie der Pflege. Grundlagen, Wissensbestände und Perspektiven*. Weinheim, München: Juventa Verlag: 405 - 426.

Andratsch, F.; Sowinski, C.; Osterbrink, J. (2014): Wenn aus Menschen Opfer werden. Gewalttaten und Tötungen in der Pflege. In: *Die Schwester Der Pfleger* 53 (12): 1187 - 1191.

Beine, K. (2003): Homicides of Patients in Hospitals and Nursing Homes. A Comparative Analysis of Case Series. In: *International Journal of Law and Psychiatry* 26: 373 - 386.

Beine, K. (2011): *Krankentötungen in Kliniken und Heimen. Aufdecken und verhindern*. 2., überarbeitete Auflage. Freiburg: Lambertus Verlag.

Beine, K. (2014): Falsches Mitleid. Tödliche Konsequenzen. Wie aus Helfern Täter werden. In: *Psychiatrische Praxis* 41 (1): 63 - 68.

Beine, K.; Turczynski, J. (2017): *Tatort Krankenhaus. Wie ein kaputtes System Misshandlungen und Morde an Kranken fördert*. München: Droemer Verlag.

Bertelsmann Stiftung (Hrsg.) (2015): *Palliativversorgung. Sterbeort Krankenhaus*. Online: [https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/Studie\\_VV\\_FCG\\_Sterbeort-Krankenhaus.pdf](https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/Studie_VV_FCG_Sterbeort-Krankenhaus.pdf) [05.07.2017].

Billen, W. (2014): Aspekte des Machtmissbrauchs in Pflegeheimen. Pflege zwischen Fürsorge und Gewalt. In: Willems, H.; Ferring, D. (Hrsg.) (2014): *Macht und Missbrauch in Institutionen. Interdisziplinäre Perspektiven auf institutionelle Kontexte und Strategien der Prävention*. Wiesbaden: Springer Verlag: 95 -110.

Bingener, R. (2016): Frühere Kollegen von Niels H. angeklagt. In: FAZ NET (25.11.2016).  
Online: <http://www.faz.net/aktuell/gesellschaft/kriminalitaet/fruehere-kollegen-von-niels-h-angeklagt-14544451.html> [28.07.2017].

Brinsfield, C. (2012): Employee Silence Motives. Investigation of Dimensionality and Development of Measures. In: Journal of Organizational Behavior 34: 671 - 697.

Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.) (2011): Der Arbeitsmarkt in Deutschland. Gesundheits- und Pflegeberufe. Online: <https://statistik.arbeitsagentur.de/Statischer-Content/Arbeitsmarktberichte/Branchen-Berufe/generische-Publikationen/Gesundheits-und-Pflegeberufe-Deutschland-2011.pdf> [05.07.2017].

Charité (o. J.): Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen. Online: [https://qualitaetsmanagement.charite.de/aktivitaeten/uebersicht/die\\_einzelnen\\_projekte/morbiditaets\\_und\\_mortalitaetskonferenzen/](https://qualitaetsmanagement.charite.de/aktivitaeten/uebersicht/die_einzelnen_projekte/morbiditaets_und_mortalitaetskonferenzen/) [17.08.2017].

Chop, I.; Eberlein-Gonska, M. (2015): Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen. In: Euteneier, A. (Hrsg.) (2015): Handbuch Klinisches Risikomanagement. Grundlagen, Konzepte, Lösungen. Medizinisch, Ökonomisch, Juristisch. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag: 569 - 574.

Dahlgaard, K.; Stratmeyer, P. (2006): Kooperatives Prozessmanagement im Krankenhaus. Das Konzept. Neuwied, Köln, München: Luchterhand Wolters Kluwer.

Dasch, B.; Blum, K.; Gude, P.; Bausewein, C. (2015): Sterbeorte. Originalarbeit. Veränderung im Verlauf eines Jahrzehnts: Eine populationsbasierte Studie anhand von Totenscheinen der Jahre 2001 und 2011. In: Deutsches Ärzteblatt International. Online: <https://www.aerzteblatt.de/int/archive/article/171327> [05.07.2017].

Deffland, M. (2015): Whistleblower-Systeme. In: Euteneier, A. (Hrsg.) (2015): Handbuch Klinisches Risikomanagement. Grundlagen, Konzepte, Lösungen. Medizinisch, Ökonomisch, Juristisch. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag: 439 - 444.

Deutscher Bundestag (Hrsg.) (2013): Gewalt und (sexueller) Missbrauch in Pflegebeziehungen. Ausarbeitung Wissenschaftliche Dienste. WD 9 - 3000 - 141/12. Online: <https://www.bundestag.de/blob/410472/999d555a2c35c2583443dab73d969bd7/wd-9-141-12-pdf-data.pdf> [22.07.2017].

Deutsches Netzwerk - Advanced Practice Nursing & Advanced Nursing Practice (DNAPN) (Hrsg.) (2011): Was ist APN, ANP & APN's? Das Positionspapier zu Advanced Practice Nursing, Advanced Nursing Practice & Advanced Practice Nurse für Deutschland (2011) des Deutschen Netzwerkes APN & ANP. Online: <http://www.dnapn.de/was-ist-apn-anp-apns-das-positionspapier-zu-advanced-practice-nursing-advanced-nursing-practice-advanced-practice-nurse-fur-deutschland-2011-des-deutsches-netzwerk-apn-anp/> [15.08.2017].

Deutsches Netzwerk - Advanced Practice Nursing & Advanced Nursing Practice (DNAPN) (Hrsg.) (2017): Übersicht Studiengänge. Online: <http://www.dnapn.de/allgemeines/anp-apn-studiengange/> [15.08.2017].

Die Schwester Der Pfleger (Hrsg.) (2016): Fall Högel. Klinikverantwortlichen droht Prozess. In: Die Schwester Der Pfleger 55 (12): 6.

Dollard, J.; Doob, L.; Miller, N.; Mowrer, O.; Sears, R. (1970)<sup>157</sup>: Frustration und Aggression. Deutsche Bearbeitung von Wolfgang Dammschneider und Erhard Mader. Weinheim, Berlin, Basel: Verlag Julius Beltz.

Euteneier, A. (Hrsg.) (2015a): Handbuch Klinisches Risikomanagement. Grundlagen, Konzepte, Lösungen. Medizinisch, Ökonomisch, Juristisch. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.

Euteneier, A. (2015b): Changemanagement. Organisation des Wandels. In: Euteneier, A. (Hrsg.) (2015): Handbuch Klinisches Risikomanagement. Grundlagen, Konzepte, Lösungen. Medizinisch, Ökonomisch, Juristisch. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag: 293 - 306.

---

<sup>157</sup> Originalausgabe 1939 und 1967.

Flick, U. (2014): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. 6. Auflage. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.

Galtung, J. (1984)<sup>158</sup>: Strukturelle Gewalt. Beiträge zur Friedens- und Konfliktforschung. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.

Goffman, E. (1973)<sup>159</sup>: Asyl. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.

Grond, E. (2007): Gewalt gegen Pflegende. Altenpflegende als Opfer und Täter. 1. Auflage. Bern: Hans Huber Verlag.

Gröning, K. (2000): Über Gewalt in der Pflege. In: Neue Praxis. Zeitschrift für Sozialarbeit, Sozialpädagogik und Sozialpolitik 30 (6): 587 - 597.

Gukenbiehl, H. (2016): Lektion VIII. Institution und Organisation. In: Korte, H.; Schäfers, B. (Hrsg.) (2016): Einführung in Hauptbegriffe der Soziologie. Einführungskurs Soziologie. Wiesbaden: Springer Verlag: 173 - 193.

Heck, J. (2015): Goffman, Erving (1961). Asylums. In: Kühl, S. (Hrsg.) (2015): Schlüsselwerke der Organisationsforschung. Wiesbaden: Springer Verlag: 303 - 307.

Heinzelmann, M. (2004): Das Altenheim - Immer noch eine „Totale Institution“? Eine Untersuchung des Binnenlebens zweier Altenheime. Dissertation Universität Göttingen. Online: <https://ediss.uni-goettingen.de/bitstream/handle/11858/00-1735-0000-0006-B3CD-6/heinzelmann.pdf> [05.07.2017].

---

<sup>158</sup> Originalausgabe 1975.

<sup>159</sup> Originalausgabe 1961.

Henriksen, K.; Dayton, E. (2006): Organizational Silence and Hidden Threats to Patient Safety. In: Health Research and Educational Trust 41 (4): 1539 - 1554.

Hinrichs, P. (2014): Nach 50 Toten hörte er auf zu zählen. In: Die Welt (07.12.2014). Online: <https://www.welt.de/vermischtes/article135110688/Nach-50-Toten-hoerte-er-auf-zu-zaehlen.html> [28.07.2016].

Hirsch, R. (2017): Gewalt in Einrichtungen der Altenhilfe. In: Wazlawik, M.; Freck, S. (Hrsg.) (2017): Sexualisierte Gewalt an erwachsenen Schutz- und Hilfebedürftigen. Wiesbaden: Springer Verlag: 67 - 88.

Jüttner, J. (2015): Krankenpfleger gesteht 30 Todesfälle. In: Spiegel ONLINE. Panorama (08.01.2015). Online: <http://www.spiegel.de/panorama/justiz/pfleger-gesteht-30-toetungen-in-oldenburg-er-ist-zutiefst-beschaemt-a-1011955.html> [28.07.2017].

Kienzle, T.; Paul-Ettliger, B. (2010): Aggression in der Pflege. 5., aktualisierte Auflage. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.

Kizer, K.; Yorker, B. (2010): Health Care Serial Murder. A Patient Safety Orphan. In: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations 36 (4): 186 - 191.

Koch-Straube, U. (1997): Fremde Welt Pflegeheim. Eine ethnologische Studie. 1. Auflage. Bern: Hans Huber Verlag.

KoPM®-Zentrum HAW Hamburg (2017): Kooperatives Prozessmanagement im Gesundheitswesen. Forschung und Transfer. Online: <http://www.kopm-zentrum.de> [17.08.2017].

Kreuzer, A. (2017): Gewalt in der Pflege. Whistleblower im Altenheim. In: Zeit Online (29.01.2017). Online: <http://www.zeit.de/gesellschaft/zeitgeschehen/2017-01/gewalt-in-der-pflege-whistleblower> [20.08.2017].

Krumwiede, U. (1994): Strukturelle Gewalt in Einrichtungen der stationären Altenhilfe. Diplomarbeit. Hannover: Evangelische Fachhochschule, Fachbereich Sozialwesen.

Landgericht (LG) Berlin (2007): Urteil vom 29.06.2007. Aktenzeichen (522) 1 Kap Js 1904/06 Ks (1/07): Rn. 1 - 181.<sup>160</sup>

Landgericht (LG) Kempten (2006): Urteil vom 20.11.2006. Aktenzeichen Ks 212 Js 14068/04: Rn. 1 - 643.<sup>161</sup>

Landgericht (LG) Oldenburg (2015): Urteil vom 09.04.2015. Aktenzeichen 5 Ks 1/14. 800 Js 43144/10 StA Oldenburg: S. 1 – 45.<sup>162</sup>

Landgericht (LG) Wuppertal (1976): Urteil vom 02.08.1976. Aktenzeichen 30 Ks 1/75 (46/75 V): S. 1 - 302.<sup>163</sup>

Landgericht (LG) Wuppertal (1989): Urteil vom 11.09.1989. Aktenzeichen 25 Ks 26 Js 233/86 (21/88 V): S. 000001 - 000255.<sup>164</sup>

Maier, J.; Schweitzer, J. (2017): 21 000 getötete Patienten pro Jahr. Kann das stimmen? In: Die Zeit 14 (30. März 2017): 33 - 34.

---

<sup>160</sup> Das Urteil kann über die juristische Datenbank Juris eingesehen werden.

<sup>161</sup> Das Urteil kann über die juristische Datenbank Jurion eingesehen werden.

<sup>162</sup> Das Urteil wurde der Autorin auf Antrag zu wissenschaftlichen Zwecken von der Staatsanwaltschaft Oldenburg in anonymisierter Form überlassen und darf nicht an Dritte weiter gegeben werden (Aktenzeichen 145 E 3 VII – 26895 vom 31.05.2017, Leitende Oberstaatsanwältin Oldenburg).

<sup>163</sup> Das Urteil wurde der Autorin auf Antrag zu wissenschaftlichen Zwecken von der Staatsanwaltschaft Wuppertal in anonymisierter Form überlassen und darf nicht an Dritte weiter gegeben werden (Aktenzeichen 145 E 1 – 566 vom 22.05.2017, Leitender Oberstaatsanwalt Wuppertal).

<sup>164</sup> Siehe Fußnote zuvor.

Maisch, H. (1997): Patiententötungen. Dem Sterben nachgeholfen. München: Kindler Verlag.

Mayring, P. (2013): Qualitative Inhaltsanalyse. In: Flick, U.; von Kardorff, E.; Steinke, I. (Hrsg.) (2013): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. 10. Auflage. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag: 468 - 475.

Mayring, P. (2015): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 12., überarbeitete Auflage. Weinheim, Basel: Verlag Julius Beltz.

Meyer, M. (1998): Gewalt gegen alte Menschen in Pflegeeinrichtungen. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hans Huber Verlag.

Milliken, F.; Morrison, E.; Hewlin, P. (2003a): An Exploratory Study of Employee Silence: Issues that Employees Don't Communicate Upward and Why. In: Journal of Management Studies 40 (6): 1453 - 1476.

Milliken, F.; Morrison, E. (2003b): Shades of Silence: Emerging Themes and Future Directions for Research on Silence in Organizations. In: Journal of Management Studies 40 (6): 1563 - 1568.

Morrison, E.; Milliken, F. (2000): Organizational Silence. A Barrier to Change and Development in a Pluralistic World. In: Academy of Management Review 25 (4): 706 - 725.

Morrison, E. (2011): Employee Voice Behavior: Integration and Directions for Future Research. In: The Academy of Management Annals 5 (1): 373 - 412.

Nerdinger, F. (2011): Führung von Mitarbeitern. In: Nerdinger, F.; Blickle, G.; Schaper, N. (Hrsg.) (2011): Arbeits- und Organisationspsychologie. 2., überarbeitete Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag: 81 - 94.

Niedersächsischer Landtag (Hrsg.) (2016): Bericht Sonderausschuss. Stärkung der Patientensicherheit und des Patientenschutzes. Konsequenzen aus den Krankenhausmorden ziehen. Sonderausschuss zur Stärkung der Patientensicherheit einsetzen. Drucksache 17/5790. Online: [www.landtag-niedersachsen.de/ltnds/download/50861/17-5790.pdf](http://www.landtag-niedersachsen.de/ltnds/download/50861/17-5790.pdf) [01.07.2017].

Osterbrink, J.; Andratsch, F. (2015): Gewalt in der Pflege. München: C. H. Beck Verlag.

Pöschel, G. (2013): Die Auswirkungen der Risikopotenzialanalyse auf ein Alten- und Pflegeheim als Totale Institution. Band I. Studie und Ergebnisse. Dissertation Universität Osnabrück. Online: [https://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjzOa7w\\_nVAhVnK1AKHXwmAa8QFgg5MAI&url=https%3A%2F%2Frepositorium.uni-osnabrueck.de%2Fbitstream%2Furn%3Anbn%3Ade%3Aagbv%3A700-2013111311800%2F8%2Fthesis\\_poeschel.pdf&usq=AFQjCNHQmTZC3DIHqq45Ge63F9RydZDT3A](https://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjzOa7w_nVAhVnK1AKHXwmAa8QFgg5MAI&url=https%3A%2F%2Frepositorium.uni-osnabrueck.de%2Fbitstream%2Furn%3Anbn%3Ade%3Aagbv%3A700-2013111311800%2F8%2Fthesis_poeschel.pdf&usq=AFQjCNHQmTZC3DIHqq45Ge63F9RydZDT3A) [05.07.2017].

Pundt, A. (2013): Organisationales Schweigen und Innovation. In: Krause, D. (Hrsg.) (2013): Kreativität, Innovation und Entrepreneurship. Wiesbaden: Springer Verlag: 285 - 304.

Richter, D.; Sauter, D. (1997): Patiententötungen und Gewaltakte durch Pflegekräfte. Beweggründe, Hintergründe, Auswege. Eschborn: Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) e.V.

Rotondo, R. (2006): Todesengel. Wenn Pflegekräfte morden. In: Die Schwester Der Pfleger 45 (11): 946 - 954.

Schlüchtermann, J. (2011): Die Aufbauorganisation im Krankenhaus. Analyse des Status Quo und Weiterentwicklungsperspektiven. In: Rüter, G.; Da-Cruz, P.; Schwegel, P. (Hrsg.) (2011): Gesundheitsökonomie und Wirtschaftspolitik. Stuttgart: Lucius & Lucius Verlag: 566 - 582.

Schreiner, P. (2001): Patiententötung durch Angehörige helfender Berufe. In: Pr-InterNet für die Pflege 3 (4): 64 - 77.

Schüßler, N.; Schnell, M. (2010): Patiententötungen. Die Verantwortung liegt im Team. In: Die Schwester Der Pfleger 49 (8): 806 - 808.

Schulte-Zurhausen, M. (2014): Organisation. 6. Auflage. München: Verlag Franz Vahlen GmbH.

Schulz, P. (2014): Gewalterfahrungen in der Pflege. Das subjektive Erleben von Gewalt in Pflegebeziehungen. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag.

Schwarz, A. (2009a): Vorlesung Soziologische Grundbegriffe. Institutionen und Organisationen. Online: [https://www.kuwi.europa-uni.de/de/lehrstuhl/vs/polsoz/Lehre-Archiv/lehre-ss09/Soziologische\\_Grundbegriffe/vorlesung7\\_SW.pdf](https://www.kuwi.europa-uni.de/de/lehrstuhl/vs/polsoz/Lehre-Archiv/lehre-ss09/Soziologische_Grundbegriffe/vorlesung7_SW.pdf) [01.07.2017].

Schwarz, R. (2009b): Supervision in der Pflege. Auswirkungen auf das professionelle Handeln Pflegender. 1. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Seidel, L. (2007): Gewalt an alten Menschen. Entstehungsfaktoren für Gewalt an pflegebedürftigen alten Menschen und Lösungsansätze. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag.

Seng, M.; Krogmann, K. (2015): Warum stoppte niemand Niels Högel? In: NWZ-Online. Online: <http://live.nwzonline.de/Article/874900-Krankenhaus-Morde-Warum-stoppte-niemand-Niels-H> [28.07.2017].

Sullivan, M. (2009): Serial Murder in Healthcare. In: Nursing Management 40 (6): 32 - 36.

SWR Aktuell (2017): Tötungsdelikte im Seniorenheim Lambrecht. Trio soll Mord gefeiert haben. In: SWR Aktuell (29.06.2017). Online: <https://www.swr.de/swraktuell/rp/toetungsdelikte-im-seniorenheim-lambrecht-trio-soll-mord-gefeiert-haben/-/id=1682/did=19806230/nid=1682/qkmi1a/index.html> [20.08.2017].

Tangirala, S.; Ramanujam, R. (2012): Ask and you shall hear (but not always). Examining the Relationship between Manager Consultation and Employee Voice. In: *Personnel Psychology* 65: 251 - 282.

Vester, H. (2009): *Kompendium der Soziologie I. Grundbegriffe*. 1. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Voigtländer, W. (2008): Aktuelle Diskurse zur Gewalt. Patiententötungen. Dem Sterben nachgeholfen. In: *Sozialpsychiatrische Informationen* 3: 24 - 30.

Weiner, B.; Ley, J. (2014): Das ist der Todespfleger von Delmenhorst. In: *BILD* (28.11.2014). Online: <http://www.bild.de/regional/bremen/mord/todes-pfleger-38740030.bild.html> [28.07.2017].

Willems, H.; Ferring, D. (Hrsg.) (2014): *Macht und Missbrauch in Institutionen. Interdisziplinäre Perspektiven auf institutionelle Kontexte und Strategien der Prävention*. Wiesbaden: Springer Verlag.

Wolff, S. (2013): Dokumenten- und Aktenanalyse. In: Flick, U.; von Kardorff, E.; Steinke, I. (Hrsg.) (2013): *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. 10. Auflage. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag: 502 - 513.

Yorker, B.; Kizer, K.; Lampe, P.; Forrest, A. et al. (2006): Serial Murder by Healthcare Professionals. In: *Journal of Forensic Sciences* 51 (6): 1362 - 1371.

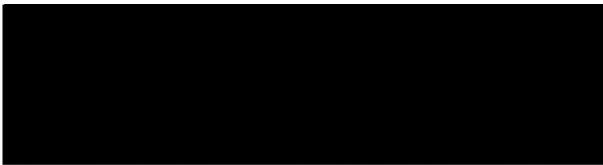
Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) (Hrsg.) (2015): Gewaltprävention in der Pflege. 1. Auflage. Berlin. Online: [https://www.zqp.de/wp-content/uploads/Report\\_Gewalt\\_Praevention\\_Pflege\\_Alte\\_Menschen.pdf](https://www.zqp.de/wp-content/uploads/Report_Gewalt_Praevention_Pflege_Alte_Menschen.pdf) [10.06.2017].

Zimbardo, P.; Gerring, R.; Hoppe-Graff, S.; Engel, I. (Hrsg.) (1999): Psychologie. 7. Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.

## **11. Eidesstattliche Erklärung**

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind in allen Fällen unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Hamburg, den 31. August 2017



---

Judith Wedekind