

Unverkäufliche Leseprobe



Jürgen Osterbrink, Franziska Andratsch
Gewalt in der Pflege

Wie es dazu kommt. Wie man sie erkennt.
Was wir dagegen tun können

240 Seiten. Klappenbroschur
ISBN: 978-3-406-68168-4

Weitere Informationen finden Sie hier:
<http://www.chbeck.de/14840789>

Inhalt

Einleitung	7
 Kapitel 1 Gewalt in der Pflege und ihr Ausmaß	 13
Patiententötungen – kein «neues» Phänomen	19
Fragen, die uns beschäftigen	25
 Kapitel 2 Pflege – eine asymmetrische Beziehung	 27
Pflege – eine Beziehung zwischen Macht und Ohnmacht	29
Gewalt innerhalb der pflegerischen Versorgung – wie man sie erkennt	42
Formen von Gewalt in der Pflege	43
Wahrnehmung von Gewalt	54
Exkurs: «Legitime» Gewalt in der Pflege	58
Aggression im pflegerischen Alltag	59
 Kapitel 3 Lainz – ein exemplarischer Fall von Patiententötungen	 66
Wenn Pflegepersonal mordet	67
Der Pflegeskandal von Lainz – ein Rückblick	71
Analyse des Tathergangs	77
Wer waren die Opfer?	85
Wer waren die Täterinnen? Ein Blick auf ihre Persönlichkeiten	93
Die Tatmotive	106
Resümee eines exemplarischen Pflegeskandals	107
Allgemeine Charakteristika von Patiententötungen	114
Welche Lehren lassen sich aus dem Fall Lainz ziehen?	124

Kapitel 4 Demographische Entwicklungen und epidemiologische Hintergründe	135
Der demographische Wandel – Ursachen und Einflussfaktoren	137
Was bedeutet es konkret, pflegebedürftig zu werden?	141
Der alte Mensch als Patient	143
Das gesellschaftliche Altersbild im Wandel der Zeit	146
Leben, Leiden, Sterben und Tod	150
Exkurs: Der Pflegeberuf im gesellschaftlichen Kontext	154
 Kapitel 5 Ursachen und Hintergründe von Gewalt in der Pflege	 157
Pflege – eine grenzüberschreitende Dienstleistung am Menschen	158
Ursachen von Gewalt innerhalb der Pflegebeziehung	160
Ursachen von Gewalt außerhalb der Pflegebeziehung	168
 Kapitel 6 Was wir gegen Gewalt in der Pflege tun können	 183
Präventive Maßnahmen gegen Gewalt	186
Die Bedeutung der Selbstpflege	192
Professioneller Umgang mit Gefühlen und Grenzsituationen	194
Funktionierende Kommunikation und professionelle Gesprächs- und Sprachkultur	207
Strukturelle und gesellschaftliche Ansätze	213
 Schlussbemerkungen	 217
 Anhang	
Anmerkungen	222
Literaturverzeichnis	228

Kapitel I **Gewalt in der Pflege und ihr Ausmaß**

«Die Gewalt fängt nicht an, wenn Kranke
getötet werden. Sie fängt an, wenn einer sagt:
«Du bist krank: du musst tun, was ich sage!»»
Erich Fried^[2]

Mai 2010: In einem Seniorenpflegeheim in Deutschland werden aufgrund eines Gutachtens des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) Pflegemissstände öffentlich. Die vermutete Schwere der Missstände veranlasst die Heimaufsichtsbehörde dazu, dem Heim die Betriebsfortführung vorerst zu untersagen. Bei mehreren Bewohnern sei ein sogenannter Hungermarasmus festgestellt worden, worunter eine Abmagerung durch Unterernährung zu verstehen ist. Zusätzlich zu dem gravierenden Gewichtsverlust vieler Bewohner ist von hygienischen Mängeln die Rede. Auch der Umgangston zwischen Pflegenden und Pflegebedürftigen wird beanstandet. Vielfach seien die Bewohner angeschrien und durch verbale Äußerungen gedemütigt und beleidigt worden. Bei einigen Pflegebedürftigen sei zudem die Pflegedokumentation falsch geführt worden. Zusätzlich wird kritisiert, dass die Einrichtung völlig unterbesetzt sei: für einen Nachtdienst mit 56 Bewohnern sei beispielsweise nur ein Pfleger zuständig.^[3]

Januar 2011: In einem Pflegeheim in Augsburg sollen Bewohner misshandelt worden sein. Ein Pfleger habe die Pflegebedürftigen äußerst brutal behandelt. Auch von Übergriffen sexueller Natur und der Ruhigstellung durch Psychopharmaka ist die Rede. Die Gewalthandlungen hätten vor allem geistig verwirrte Bewoh-

ner getroffen. Im Vorfeld habe es bereits Beschwerden von ärztlicher Seite gegeben, denen jedoch nicht ausreichend nachgegangen worden sei. Auch der erhöhte Medikamentenverbrauch sei lange Zeit niemandem aufgefallen.^[4]

Juni 2012: In einem Seniorenheim im Saarland werden Missbrauchsvorwürfe gegen zwei Pfleger erhoben. Einem Patienten sei eine tödliche Überdosis Morphin verabreicht worden. Ein weiterer Pfleger steht im Verdacht, eine bereits an Dekubitus (Druck- bzw. Wundliegeneschwür) leidende Patientin ohne Betäubung und ohne ärztliche Erlaubnis chirurgisch behandelt zu haben. Auch diese Patientin verstirbt bald im Anschluss daran; es kann nicht ausgeschlossen werden, dass der Tod durch die Schmerzen begünstigt worden ist. Zusätzlich wird der Verdacht laut, dass auch andere Bewohner über Monate hinweg misshandelt und systematisch gequält worden seien; einem unruhigen Patienten sei absichtlich die Atemkanüle gezogen worden, um ihn zu «erziehen». Einem anderen Pflegebedürftigen sei beim Rasieren ein Schnitt zugefügt worden, weil er nicht ausreichend ruhig gehalten habe. Angeblich habe man eine alte Frau fotografiert, das Bild mit einem Hitlerbärtchen versehen und anschließend an Kollegen verteilt. Sofort nach Bekanntwerden der Fälle wurde eine Prüfung bei der Staatsanwaltschaft beantragt.^[5]

September 2013: «Nun lassen Sie ihn doch, er liegt doch schon im Sterben.» Diesen Satz soll ein Pfleger in einem deutschen Heim in Gegenwart der Angehörigen des Betroffenen geäußert haben. Der Mann war damals 91 Jahre alt. Aufgrund seines Gesundheits- und Alterszustands und den Folgen eines Schlaganfalles war er sehr eingeschränkt; hören konnte er aber noch gut. Laut den Angehörigen seien derartige und ähnliche Äußerungen nicht das erste Mal getätigt worden. Neben diesen verbalen Übergriffen werden von den Angehörigen auch andere Missstände beanstandet: Ihr Vater sei seit Wochen nicht mehr richtig gewaschen worden; manchmal würde er über Wochen im eigenen Kot und Urin liegen und kaum zu essen bekommen. Sein Körper sei mit blauen

Flecken übersät gewesen, die von den Pflegenden nicht plausibel erklärt werden konnten. Auch andere Mängel wurden dem Heim vorgeworfen. Die Patienten seien ohne Vorwarnung unsanft angepackt und geduzt worden, notwendige Medikamente seien vielfach vergessen worden. Nach langem Hin und Her entscheiden sich die Angehörigen, den alten Vater aus dem Heim zu nehmen, selbst wenn dies für ihn mit erheblichen Unannehmlichkeiten verbunden ist. Aber die Angst und die Sorge um den Vater sind größer. Die Angehörigen räumen jedoch ein, dass der verängstigte Vater schwierig und der Umgang mit ihm nicht immer ganz leicht ist.^[6]

Oktober 2013: In einem Seniorenheim in Deutschland soll ein demenzkranker Bewohner mit Medikamenten ruhiggestellt worden und daraufhin von Ratten gebissen worden sein. Die Ruhigstellung von demenzkranken Personen in Deutschland durch Psychopharmaka ist keine Seltenheit, weil vielfach zu wenig Pflegepersonal in den Heimen arbeitet, um die verwirrten, doch oftmals sehr aktiven Patienten betreuen zu können.^[7]

Mai 2014: In einem Altenheim in München wird mit versteckter Kamera ein Mitarbeiter gefilmt, wie er einen älteren, dementen Mann gewaltsam in den Rollstuhl bugsiiert. Andere Bewohner weisen erhebliche Hämatome auf und behaupten, geschlagen worden zu sein.^[8]

Juli 2014: In einem niederösterreichischen Pflegeheim stirbt eine Bewohnerin, abgemagert und mit eitrigen Druckgeschwüren. Die Pflege und medizinische Versorgung der Frau seien gröblich vernachlässigt worden.^[9]

Oktober 2014: An einer Uniklinik in Nordrhein-Westfalen werden fünf Pflegenden unter dem Verdacht gekündigt, Selfies und Intimfotos von dementen oder anderweitig im Bewusstsein eingeschränkten Patienten gemacht zu haben. Die Patienten seien zudem geschminkt und verkleidet und die Fotos anschließend über den Kurznachrichtendienst WhatsApp verbreitet worden.^[10]

November 2014: Drei Frauen, ehemalige Mitarbeiter eines

Seniorenheims im Bundesland Salzburg, erheben schwere Vorwürfe wegen angeblicher Missstände innerhalb der Heimversorgung. Von Vernachlässigungen in der Pflege und einem rüden Umgangston den alten Menschen gegenüber wird berichtet. Mobbing unter den Mitarbeitern und ständiger Personalwechsel seien an der Tagesordnung. Angeblich sind die Vorwürfe schon länger bekannt; bereits im Mai 2013 habe es Gespräche dazu gegeben. Geändert habe sich seitdem aber anscheinend nur wenig. Die Sozialabteilung des Landes ist nun dafür zuständig, einen genauen Bericht über die Zustände im Heim zu verfassen und zu prüfen, inwieweit die erhobenen Vorwürfe richtig sind.^[11]

Januar 2015: In einem Altenheim in Bonn mussten rund 60 pflegebedürftige Menschen evakuiert werden. Der Grund: Die Heimaufsicht stellte im Zuge der jährlichen Routinekontrolle gefährliche Zustände in der Pflege fest, die eine unverzügliche Umsiedlung der Bewohner notwendig machten. Beanstandet wurden etwa falsche Medikamentenvergabe, nicht behandeltes Wundliegen etc. Mit ausschlaggebend für das Aufkommen der Mängel war der Tod zweier Bewohner unter fragwürdigen Umständen. Dem einen sei angeblich irrtümlicherweise Insulin gespritzt worden, obwohl er kein Diabetiker war; der andere Bewohner soll an einem epileptischen Anfall verstorben und erst Stunden später tot auf dem Fußboden liegend aufgefunden worden sein.^[12]

Februar 2015: Mängel in der Pflegedokumentation, in der medikamentösen Versorgung, der Arzneimittelsicherheit, der ordnungsgemäßen Aufbewahrung von Medikamenten und der Pflege der Bewohner führten zu einem befristeten Belegungsverbot, sprich einem Aufnahmestopp, für ein Seniorenheim in Euskirchen (Nordrhein-Westfalen). Von einer Schließung der Institution wurde vorerst Abstand genommen; trotz der Mängel sei das Mindestmaß der Versorgung gewährleistet. Dem Seniorenheim wurden jedoch Fristen für die Beseitigung der Missstände auferlegt.^[13]

Problemlos ließe sich die Aufzählung der Pflegemissstände und «Pflegeskandale» fortsetzen. «Tag für Tag ein Skandal» titelte «Die Zeit» im Oktober 2014 in einem Bericht über Missstände in einem Pflegeheim in Nordrhein-Westfalen. Eine Angehörige berichtete, dass es im Zimmer ihrer dort untergebrachten Mutter «erbärmlich nach Erbrochenem, Kot und Urin» gestunken haben soll. Hilflos und allein habe die Mutter in ihren eigenen Ausscheidungen gelegen. Von Heimpersonal keine Spur. Als sie den Pflegenden berichtete, was vorgefallen war, habe sie meist Ausflüchte zur Antwort bekommen: «Das muss gerade erst passiert sein.»^[14]

Diese und ähnliche Schilderungen erschrecken Betroffene, Angehörige und die Mitarbeiter der entsprechenden Institutionen, deren Image darunter leidet. In manchen Pflegesituationen scheint die Wahrung der Würde und Autonomie des pflegebedürftigen Menschen nicht mehr gewährleistet zu sein.^[15]

Was bewegt Menschen, die einen Heilberuf erlernt haben, dazu, die besondere Schutzbedürftigkeit der ihnen anvertrauten Personen auszunutzen und in der Folge dazu überzugehen, diesen Menschen Gewalt anzutun? Wir wollen in diesem Buch erste Antworten auf diese Frage und Erklärungsansätze für Gewaltdelikte in der Pflege finden.²

Neben den die Öffentlichkeit besonders erschütternden sogenannten Pflegeskandalen gibt es auch Berichte von direkt Betroffenen, die das Ausmaß von gewalttätigen Handlungen in der Pflege deutlich machen.³

In einem Altenheim beobachtet eine Frau zufällig, wie eine Altenpflegerin, als es Zeit zum Abendessen ist, die Heimbewohnerin auffordert, in ihr Zimmer zu gehen. Die Dame will aber nicht. Sie weigert sich vehement. Da packt die Altenpflegerin die Heimbewohnerin an der Hand und versucht, die alte Frau in ihr Zimmer zu schleifen.^[16]

Eine Neunzigjährige lebt nach einem Schlaganfall bereits seit eineinhalb Jahren im Heim. Von Beginn an wurde die ältere Dame bettlägerig gehalten, obwohl die Folgen des Schlaganfalles dies nicht erfordert hätten.

Ständig wurde sie gewindelt, wodurch Blasen- und Harnwegsinfektionen begünstigt wurden. Die Essenseinnahme erfolgt meistens im Zimmer, oftmals im Bett. Die Bewohnerin erhält kaum Ansprache und es wird ihr keine Möglichkeit eingeräumt, mit anderen Bewohnern in Kontakt zu treten. Die Grundpflege wird nur mangelhaft durchgeführt; Bett und Einlagen werden nicht regelmäßig gewechselt. Auf ausreichendes Trinken wird nicht geachtet. Bei jeglichem Widerstand der pflegebedürftigen Frau erfolgt eine Ruhigstellung mit Psychopharmaka.

«Seien Sie doch nicht so empfindlich!» oder «Glauben Sie eigentlich, Sie sind die Einzige auf Station?» – Sätze aus dem Pflegealltag in einem Altenheim, berichtet von Betroffenen.^[17]

Die Gewalt fängt früh an, in kleinen Gesten oder verbalen Äußerungen, die jedoch vielfach als bedeutungslos und nicht erwähnenswert abgetan werden. Häufig würde man in diesen Fällen auch gar nicht von Gewalt sprechen. Erst bei näherem Hinschauen wird die Gewalt sichtbar. Nach und nach verschafft sie sich mehr Raum und schleicht sich in den Alltag ein. Vor allem den Anfangsphasen, in denen die Gewalt entsteht und die Bereitschaft zu weiteren Gewalttaten des späteren Täters zu steigen beginnt, wird zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt. Wir erachten es als wichtig, gerade an diesem Punkt anzusetzen. Die Tötung eines Menschen durch Pflegende stellt mit Sicherheit die schlimmste Ausprägung von Gewalt innerhalb der pflegerischen und medizinischen Versorgung dar. Der Weg bis zur tatsächlichen Tötung eines anderen Menschen ist aber meist ein langer, in mehrere Phasen unterteilter Prozess.^[18, 19] Anzunehmen ist, dass «nach der ersten Tat die Hemmschwelle für weitere Tötungen sinkt», so Dr. Karl-Heinz Beine (2011), deutscher Facharzt für Nervenheilkunde und Psychotherapeutische Medizin, der sich besonders mit Krankentötungen in Kliniken und Heimen auseinandergesetzt hat.^[20]

Patiententötungen – kein «neues» Phänomen

In Österreich ist der Pflegeskandal im damaligen Wiener Krankenhaus Lainz (heutiges Krankenhaus Hietzing) in den Achtzigerjahren noch vielen in Erinnerung. Vier Stationsgehilfinnen ermordeten über mehrere Jahre hinweg eine große Anzahl von Patienten. Die Tötungen erfolgten durch intravenöse Verabreichung von zwei bis drei Ampullen Rohypnol, durch intravenöse Verabreichung von Insulin (teilweise 100 Einheiten) oder in manchen Fällen durch Verabreichung von drei Ampullen Dominal.⁴ Des Weiteren wurde die sogenannte «Mundpflege» angewandt, sprich das Einflößen einer größeren Menge Wasser in die Luftwege, was zu einer Tötung durch Erstickten führte. Die beiden Haupttäterinnen Waltraud W. und Irene L. wurden zu einer lebenslangen Freiheitsstrafe, die beiden anderen Frauen (Stefanija M. und Maria G.) zu einer zwanzig- bzw. zwölfjährigen Freiheitsstrafe verurteilt.⁵ Auf die genaueren Details dieses Falles gehen wir im Kapitel 3 noch ein.

Der spektakulärste deutsche Fall von Patiententötungen ist uns allen noch frisch in Erinnerung. Im September 2014 wird an einem Klinikum in Delmenhorst der 38-jährige Krankenpfleger Niels H. verhaftet. Die Anklage lautet auf Mord an Patienten in drei Fällen und Mordversuch in zwei Fällen. Bereits 2005 war derselbe Krankenpfleger das erste Mal verhaftet worden, weil er im Verdacht stand, einen Patienten getötet zu haben. Mangels Fluchtgefahr wurde Niels H. damals vorerst auf freien Fuß gesetzt. Erst 2008 erlangte das zweitinstanzliche Urteil gegen Niels H. Rechtskraft: Er wird wegen versuchten Mordes zu einer Freiheitsstrafe von siebeneinhalb Jahren verurteilt. Es konnte ihm nachgewiesen werden, dass er den im Jahr 2005 verstorbenen Patienten auf der Intensivstation eine Überdosis eines Medikaments verabreicht hatte, welches zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird. Zum damaligen Zeitpunkt gab es schon Hinweise, dass das Ausmaß der Taten unter Umständen viel größer sein

könnte. Der im September 2014 begonnene erneute Prozess gegen Niels H. nimmt im Januar 2015 eine Wende; die Zahl der mutmaßlich getöteten Patienten erhöht sich auf 30 und steigt im Laufe des Verfahrens weiter an. Niels H. könnte bis zu 200 Patienten getötet haben. Darunter sind auch Verdachtsfälle am Klinikum Oldenburg, wo der Krankenpfleger in früheren Jahren angestellt war. Die Tötungen seien überwiegend durch das Spritzen des Medikaments Gilurytma⁶ herbeigeführt worden, ohne dass dieses von ärztlicher Seite verschrieben oder der Krankenpfleger zu seiner Verabreichung berechtigt gewesen sei. Die Motive für die Taten sind noch nicht vollständig geklärt. Vermutet wird, der Pfleger habe aus Langeweile gehandelt. Zusätzlich habe er bewusst Notfälle in der Absicht herbeigeführt, zu beweisen, wie gut er Patienten wiederbeleben könne. Im Februar 2015 wird Niels H. zu einer lebenslangen Freiheitsstrafe verurteilt. Nachfolgende Prozesse sind aufgrund der noch weiteren vermuteten Tötungen zu erwarten.^[21, 22]

Auch in Deutschland gibt es das Phänomen der Patiententötungen nicht erst seit kurzem. Zu nennen sind etwa zwei Vorfälle in Wuppertal in den Siebziger- und Achtzigerjahren. Im August 1973 wurde der Krankenpfleger Rudi Z. verhaftet und ihm die vorsätzliche Tötung mehrerer Patienten und Heimbewohner zur Last gelegt. Mit Urteil vom 2. August 1976 erhielt Rudi Z. eine lebenslange Freiheitsstrafe. Das Gericht sah zweifachen Mord, den versuchten Mord in vier Fällen und eine Körperverletzung an einem Patienten als erwiesen an. Rudi Z. tötete seine Opfer überwiegend durch die Verabreichung von nicht verordneten Injektionen. Nach Ansicht des Gerichtes handelte Rudi Z. aus niedrigen Beweggründen; in erster Linie sei es ihm darum gegangen, ihm lästige und unsympathische Patienten loszuwerden. Zudem seien ihm die Patienten nervig gewesen, weil sie viel Pflege beanspruchten, seinen Vorstellungen von Sauberkeit widersprachen oder sich nicht so verhielten, wie er sich das wünschte.^[20]

Im Februar 1986 wurde ebenfalls in Wuppertal die zum damali-

gen Zeitpunkt 27-jährige Stationsschwester Michaela R. aus dem Dienst entlassen aufgrund des Verdachtes, dass sie Patienten nicht verordnete Medikamente verabreicht habe. Es kam zum Prozess gegen Michaela R.; das Gericht verurteilte sie schließlich 1989 zu einer elfjährigen Freiheitsstrafe. Es wurde der Totschlag in fünf Fällen, Tötung auf Verlangen, fahrlässige Tötung und versuchter Totschlag als erwiesen angesehen. Weitere neun Fälle wurden ihr von der Anklage zur Last gelegt, konnten ihr jedoch nicht ausreichend nachgewiesen werden. Als Motive für ihre Taten gab Michaela R. überwiegend an, sie habe die Patienten erlösen und ihrem menschenunwürdigen Zustand ein Ende setzen wollen. Sie verteidigte ihr Handeln mit Mitleid den Patienten gegenüber und dem Argument, es habe sich um humane Sterbehilfe gehandelt.^[20]

Im Dezember 1990 wurde in Gütersloh der 33-jährige Krankenpfleger Wolfgang L. verhaftet. Zur Last gelegt wurde ihm der Mord an einer 86-jährigen Patientin, den er wenig später gestand. Er gab zu, der Patientin Luft injiziert zu haben. Er habe damit erreichen wollen, dass sie auf die Intensivstation verlegt wird und er weniger Arbeit hat. Im Zuge des Gerichtsverfahrens gestand Wolfgang L., insgesamt 14 weitere Patienten durch Luftinjektionen getötet zu haben. Als Motiv für seine Taten gab er in erster Linie Mitleid den Patienten gegenüber an. Aber auch einen gewissen «inneren Zwang», «Arbeitsüberlastung» und «Ekel» führte er an. Das Urteil gegen Wolfgang L. lautete auf 15 Jahre Gesamtfreiheitsstrafe wegen des Totschlages in zehn Fällen. Weitere ihm zur Last gelegte Tötungen, die Wolfgang L. zunächst gestanden, später jedoch widerrufen hat, konnten ihm vom Gericht nicht mehr eindeutig nachgewiesen werden, da die Todesursache gerichtsmedizinisch nicht exakt festgestellt werden konnte und das Gericht nicht ohne Zweifel beweisen konnte, dass der Tod durch ein ursächliches Verhalten von Wolfgang L. herbeigeführt worden war.^[20]

Eine lebenslange Freiheitsstrafe erhielt mit Urteil vom 20. November 2006 auch der Krankenpfleger Stephan L. Das Landesge-

richt Kempten sah in seinem Fall den Mord an 12 Personen, Totschlag in 15 Fällen, versuchten Totschlag, Tötung auf Verlangen, gefährliche Körperverletzung und Diebstahl in fünf Fällen als erwiesen an. Die erste Tötung eines Patienten an der Klinik Sonthofen konnte Stephan L. bereits 2003 nachgewiesen werden. Der Tod aller Patienten wurde durch die Verabreichung von unzulässig entnommenen Medikamenten herbeigeführt, die durch einen, bei den späteren Opfern bereits vorhandenen Venenkatheter gespritzt wurden. Im Vorfeld schlieferte Stephan L. die Patienten zuerst ein, meist durch ein Medikament zur Narkoseeinleitung. In weiterer Folge verabreichte er seinen Opfern ein Muskelrelaxantium, wodurch die Atemmuskulatur gelähmt wurde, was schließlich zum baldigen Tod der Patienten führte. Seine Taten rechtfertigte Stephan L. als moralische Sterbehilfe. Nie sei es seine Absicht gewesen, jemanden zu quälen. Vielmehr habe er die Patienten erlöst.^[20]

Als letztes deutsches Beispiel sei der Fall Irene B. in der Berliner Charité 2007 erwähnt. Bereits 2006 erfolgten erste polizeiliche Ermittlungen gegen die 54-jährige Krankenschwester aufgrund des Verdachts, sie habe den Tod mehrerer Patienten zu verantworten. Nachdem sich die Verdächtigungen bestätigten, wurde Irene B. schließlich verhaftet. Im Prozess vor dem Berliner Landgericht konnten Irene B. die Morde an fünf Patienten nachgewiesen werden; das Urteil lautete auf lebenslange Freiheitsstrafe. Die Tötungen erfolgten durch das Spritzen nicht verordneter Medikamente. Irene B. beteuerte, dass den Opfern die Lebensfreude gefehlt habe; sie hätten keine Lebensqualität mehr gehabt. Sie sah in ihrem Handeln eine Erlösung für die Patienten. Zudem erachtete Irene B. die von ärztlicher Seite erfolgten zahlreichen Reanimationen dem Menschen gegenüber als unwürdig. Sie fühlte sich berechtigt, dem ein Ende zu setzen.^[20]

Wir beschließen diese lediglich auszugsweise Darlegung von Fällen von Patiententötungen innerhalb der letzten Jahrzehnte mit einem Fall aus der Schweiz: Aufgrund einer ungewöhnlichen

Häufung von Todesfällen von Bewohnern wurden 2001 in einem Zentrum für Betagte in Luzern polizeiliche Ermittlungen eingeleitet und schließlich der damals 32-jährige Krankenpfleger Roger A. festgenommen. Er gab zu, während der Jahre 1995 bis Ende 2001 an 24 Bewohnern Handlungen vorgenommen zu haben, die schließlich zum Tod der Betroffenen führten. Darüber hinaus gestand Roger A. drei weitere Tötungen. In diesen Fällen konnte jedoch nicht mehr eindeutig festgestellt werden, ob seine Manipulationen tatsächlich für den Tod ursächlich waren oder nicht. Roger A. führte die Morde entweder durch die Verabreichung von Beruhigungsmitteln durch oder indem er die Patienten durch Aufdrücken eines Plastikbeutels auf Mund und Nase erstickte. In manchen Fällen kombinierte er auch beide Tötungsmethoden miteinander. Die Beweggründe für die Taten von Roger A. variierten und waren nicht einheitlich. Einerseits rechtfertigte er seine Taten mit Mitleid den Patienten gegenüber, andererseits empfand er seine Situation auch als überlastend und überfordernd. Seine Entscheidung, einen Pflegeberuf zu ergreifen, bezeichnete er dem Gericht gegenüber als falsch; er habe mehrfach darüber nachgedacht, den Job zu wechseln. Durch seine Taten habe er sich selbst und die Patienten erlösen wollen; oft habe er sich darüber gefreut, ihnen beim Sterben helfen zu können, und vielfach keine Schuldgefühle verspürt. Roger A. wurde am 21. Januar 2005 aufgrund des Mordes an 22 Personen, wegen des vollendeten Mordversuches in drei Fällen und des unvollendeten Mordversuches in zwei Fällen zu einer lebenslänglichen Zuchthausstrafe verurteilt. Das Urteil wurde auch nach eingebrachter Berufung durch das Luzerner Obergericht bestätigt.^[20]

Unser Ziel ist es, wie gesagt, keineswegs, dem Leser Angst zu machen. Es muss aber ein Anliegen von uns allen sein, das Problem ernst zu nehmen und der Gewalt innerhalb der pflegerischen Versorgung entgegenzutreten. Tötungen von pflegebedürftigen Menschen durch Angehörige des Gesundheitsbereiches sind ein wiederkehrendes Problem. Dennoch ist dieses Thema noch im-

mer stark tabuisiert, vor allem deshalb, da derartige Taten dem heilberuflichen Grundgedanken der Pflege diametral widersprechen. Der Tatort ist hier gleichzeitig das direkte Arbeitsumfeld des Täters, also in den überwiegenden Fällen Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen.^[20, 23] Der deutsche Gerichtspsychologe Herbert Maisch bezeichnete die Tatorte als «sensible Bereiche medizinischer Versorgung und Pflege, Stationen und Abteilungen in Kliniken sowie (seltener) Altenpflegeheimen, in denen Sterben und Tod zum Alltag gehören.»^[23] Untersuchungen (in denen teilweise auch die genannten Beispiele Berücksichtigung fanden) haben gezeigt, dass die Opfer meist ältere Menschen in einem schlechten Gesundheitszustand sind. Dazu Beine: «In aller Regel waren die Opfer hochbetagte, nicht aber todkranke Menschen, deren Tod unmittelbar bevorstand.» Teilweise sind sie nicht mehr ansprechbar und keiner Kommunikation zugänglich. Manchmal handelt es sich um von den Tätern als «lästig» und «unangenehm» bezeichnete Patienten. Entgegen der allgemeinen Meinung ist eine als hoch eingestufte Arbeitsbelastung nicht zwingend ausschlaggebend bzw. kein alleiniges Indiz.^[20] Vergangene Patiententötungen, so etwa auch der Fall Lainz, haben zudem dargelegt, dass längere Pflege- und Betreuungsverhältnisse die Ausnahme waren. Es konnte festgestellt werden, dass die Tötungen meistens bereits kurz nach der Aufnahme der Pflegebedürftigen erfolgten.^[23] Die amerikanische Studie von Yorker et al. zeigte, dass die Täter von seriellen Tötungen im Gesundheitsbereich überwiegend Mitarbeiter aus dem Gesundheitsbereich sind, in erster Linie Mitarbeiter aus der Pflege, gefolgt von Ärzten und Angehörigen der medizintechnischen Assistenz.^[24] Die Täter wurden teilweise als ausgezeichnete, fachlich kompetente und motivierte Mitarbeiter beschrieben, beliebt bei den Kollegen, fleißig und unauffällig.^[23] Die häufigste Tötungsart ist die Verabreichung von Medikamenten in Form von Injektionen (z. B. Insulin), gefolgt von Ersticken, Vergiften, Ertränken und Malträtieren mit Gegenständen. Auffällig in den Fällen der Patiententötungen ist, dass es sich meist nicht um

einmalige Taten handelt, sondern um serielle Tötungen, die mehrere, oft eine größere Anzahl von Opfern fordern und lange Tatzeiträume aufweisen.^[24, 25]

Fragen, die uns beschäftigen

Zum Abschluss dieses einleitenden Kapitels geben wir einen Überblick über die Fragen, die sich angesichts der geschilderten Fälle stellen und die für uns in den folgenden Kapiteln maßgeblich sind:

- Was charakterisiert die Beziehung zwischen Pflegenden und Pflegebedürftigen und welche Bedeutung haben Macht und Ohnmacht innerhalb dieser Beziehung?
- Wann spricht man von Gewalt und welche unterschiedlichen Formen von Gewalt in der Pflege gibt es?
- Gibt es Möglichkeiten, Gewalt innerhalb der pflegerischen Versorgung zu erkennen?
- Lässt sich Gewalt in der Pflege überhaupt gänzlich vermeiden?
- Warum werden Menschen aggressiv und welche Bedeutung kommt aggressivem Verhalten innerhalb der Pflegebeziehung zu?
- Was sind die Spezifika von seriellen Patiententötungen?
- Welche Frühwarnsignale gibt es, um die Gefahr von Patiententötungen zu erkennen?
- Welche Umstände erschweren die Aufdeckung von Patiententötungen?
- Welchen Einfluss haben demographische und sozio-demographische Entwicklungen auf die Pflege und Betreuung alter Menschen?
- Wie verhält sich der alte Mensch in der Patientenrolle?
- Welchen Stellenwert hat Pflege innerhalb unserer Gesellschaft?
- Welche Auswirkungen hat Pflege auf den pflegebedürftigen Menschen und den Pflegenden und inwieweit ist die Beziehung zwischen diesen beiden Menschen der Gewaltentstehung förderlich?

- Welche Bedeutung kommt dem Verhalten von Führungskräften zu und inwieweit kann schlechte Führung der Gewaltentstehung förderlich sein?
- Wie kann eine professionelle, patientenorientierte Pflege der Gewaltentstehung innerhalb der Pflegebeziehung entgegenreten?
- Wie kann sich ein richtiger Umgang der Pflegenden mit Tod und Sterben, Krankheit und Leid positiv auf die pflegerische Beziehung auswirken und gewaltpräventiv wirken?
- Durch welche Unterstützungs- und Hilfsangebote können Pflegende in ihrer Arbeit entlastet werden und wie kann ihnen ein besserer Umgang mit dem Pflegebedürftigen ermöglicht werden?
- Inwieweit kann die Ausgestaltung struktureller Gegebenheiten einen positiven gewaltpräventiven Beitrag leisten? Welche Maßnahmen von politischer und gesellschaftlicher Seite können helfen?