



Foto: B. Waldmann



Foto: dpa

## Patiententötung

# „Todesengel“ – Wenn Pflegekräfte morden

Patiententötungen sind weltweit spektakuläre Einzelfälle, die erschrecken und besorgen, wie jüngst in Berlin. Jenseits der aufgeregten Aufmerksamkeit aber stellt sich die Frage: Wer sind die Täter, wer die Opfer? Befanden sich die Täter alle in einer vergleichbaren Situation, kündigten Warnsignale die Morde an? Und wie kann man vorbeugen? Ein Blick hinter die Kulissen.

Am 7. Februar 2006 begann vor dem Landgericht Kempten der Prozess gegen Stefan L., dem so genannten „Todesengel“ oder „Todespfleger von Sonthofen“. Nach den Worten seiner Klassenleiterin, Susanne Schneider, war Stefan L. in der Krankenpflegeausbildung ein „sehr engagierter Schüler“, der „sehr viel nachgefragt“ und sich „sehr am Unterricht beteiligt“ hat. Er hatte „durchweg auf allen Stationen erfolgreiche Beurteilungen“, war „in der Klasse anerkannt“ und hat einen Intelligenzquotienten von 121. Anfang Januar 2003 trat er seine erste Stelle als Pfleger an und tötete laut Anklageschrift vier Wochen später erstmals einen Patienten. Stefan L. wird beschuldigt, auf der inneren Station I eines Krankenhauses in

Sonthofen zwischen Februar 2003 und Juli 2004, als er verhaftet wurde, 29 Patienten getötet zu haben und gilt als der größte Serientäter im Nachkriegs-Deutschland, obwohl noch unklar ist, wie viele Fälle man ihm beweisen kann (1).

Im Februar 2006 wurde eine 27-jährige Altenpflegerin zu lebenslanger Haft verurteilt. Das Landgericht Bonn sah es als erwiesen an, dass sie neun alte Frauen getötet hat, obwohl sie ihr Geständnis widerrufen hatte. Statistisch betrachtet handelt es sich um seltene Ereignisse oder bedeutungslose kriminologische Phänomene: Zwischen 1976 und 1993 standen zwölf Pflegenden in Deutschland, Österreich, den Niederlanden, Norwegen und den Vereinigten Staaten vor Gericht.

Sie waren in 174 Fällen des Mordes angeklagt. Elf Schwestern und Pfleger wurden in 140 Fällen verurteilt.

Juristisch betrachtet wurde zwischen Mord, Totschlag, vollendetem Totschlag, Körperverletzung mit Todesfolge und Mordversuch oder versuchtem Totschlag unterschieden.

### Die Opfer, die Täter

Die Opfer sind in der Regel alte, gebrechliche, hilflose oder im Sterben liegende Patienten zwischen 70 und 90 Jahren. Sterben und der Tod dieser Menschen war jederzeit möglich, so dass sich niemand über ihr Ableben wunderte.

Die Täter: Sie waren in ihrem Beruf oft hoch engagiert, zum Teil besonders qualifiziert, hat-

ten meistens das Gefühl, „richtig“, moralisch gerechtfertigt gehandelt zu haben. Sie hatten sich ethisch und beruflich verpflichtet, zu helfen und hatten freien Zugang zu den Medikamenten. Leider stellte sich erst im Nachhinein heraus, dass ihre Strategien zur Stressbewältigung mangelhaft ausgeprägt waren. Die Täter gerieten in Belastungs- bzw. Krisensituationen, die sie nicht bewältigen konnten. Beispielhaft hierfür ist Michaela Roeder, die 1988 angeklagt wurde, im Wuppertaler St. Petrus Krankenhaus zwischen dem 6. Februar 1984 und dem 5. Februar 1986 insgesamt 17 Patienten umgebracht zu haben. Sie wurde 1989 zu elf Jahren Freiheitsentzug verurteilt. In acht der 17 angeklagten Fälle ging das Gericht von einem strafbaren Verhalten aus, in den neun anderen Fällen gab es „deutliche“ Zweifel an ihrer Schuld.

#### Der Fall Roeder

Michaela Roeder war zum Tatzeitpunkt gut mit der Chefärztin befreundet und geriet zwischen die „Fronten“, als die Chefärztin der Intensivstation dem Chefarzt der Chirurgie untersagte, auf der Intensivstation Anweisungen zu geben. Er versuchte Anordnungen durchzusetzen, die denen der Chefärztin entgegengesetzt ausgerichtet waren. Michaela Roeder war allein zuständig für die Führung der Station und alle Visiten. Zusätzlich geriet sie zwischen die Chefärztin und die Kollegen, die immer unzufriedener mit den Anweisungen der Chefin waren. Sie versuchte, diesen Konflikt zu bewältigen, indem sie sich mehr engagierte. Sie übernahm Sonderschichten, Wochenenddienste und arbeitete bis zu 17 Stunden durch. Sie wollte es allen recht machen und spielte den „starken Löwen“. Sie wollte nicht als Versagerin dastehen. Als die Chefärztin sich immer mehr zurückzog, Lob und Anerkennung für Michaela Roeder ausblieben, entstand das so genannte Burnout-Syndrom, ein körperlicher und emotionaler

Erschöpfungszustand. Sie wurde schwunglos, lustlos, niedergeschlagen, launisch und depressiv. Sie fing bei „Kleinigkeiten“ an, zu weinen oder wurde aggressiv, zog sich zurück und schränkte Sozialkontakte ein. Sie litt unter Schlafstörungen, Migräne, Kreislauf- und Magenbeschwerden und war nicht mehr in der Lage, die Konfrontation mit den belastenden Realitäten einer Intensivstation auf emotionale Distanz zu halten.

„Ausbrenner“ sind Menschen, die eigene Schwächen und Hilflosigkeit nur schwer oder gar nicht zugeben können. Dies traf offensichtlich bei allen Pflegekräften zu, die Patienten töteten. Niemand sprach mit seinen Kollegen, den Vorgesetzten oder Freunden darüber, dass die Belastungen zu viel wurden. Zum Tatzeitpunkt wurde den Pflegenden eine hohe Arbeitsbelas-

tung abverlangt. Sie waren beispielsweise sehr häufig mit Sterben und Tod konfrontiert. In diesen Abteilungen gab es eine hohe Anzahl von alten, chronisch kranken und als unheilbar eingestufte Patienten. Auf der Inneren Abteilung des Lainzer Krankenhauses in Wien, wo vier Pflegekräfte zwischen 1983 und 1987 nach eigenen Angaben bis zu 50 Patienten umgebracht haben, lag der Anteil der über 75-jährigen Patienten 1988 bei rund 45 Prozent. Im Tatzeitraum 1983 bis 1988 stieg die Bettenbelegung dieser Abteilung von 94 Prozent auf 103 Prozent. Die Station, auf der die Patiententötungen stattfanden, hatte 29 Betten. Teilweise wurde sie mit bis zu 40 Patienten überbelegt, davon zum Teil mit über 30 Schwerkranken.

Die enorme Arbeitsbelastung hing jedoch nicht ausschließlich mit der Bettenbelegung und der

Anzeige  
im Heft

### Verurteilte Fälle von Patiententötungen (weltweit)

- **1954, DDR:** Ein Krankenpfleger wegen der Ermordung von vier Patienten nach erfolgreich verlaufenen Operationen
- **1957, DDR:** Zwei Ärzte und drei Krankenpfleger einer psychiatrischen Klinik. Sie hatten unruhigen Patienten Überdosen an Beruhigungs- und Schlafmitteln verabreicht, an denen die Patienten verstorben sind
- **1975, Petersburg/Virginia:** ein Krankenpflegehelfer, weil er in einer kardiologischen Klinik vermutlich sechs Patienten mit einem Lokalanästhetikum/Antiarrhythmikum umgebracht hatte
- **1976, Wuppertal:** Ein Krankenpfleger hatte in einem Altenheim mehrere Menschen getötet. Im gleichen Jahr wurde in den Niederlanden ein Krankenpfleger verurteilt, weil er fünf Patienten mit Valium und Insulin umgebracht hatte
- **1981, Rheinfelden:** Ein Krankenpfleger hatte sieben Patienten durch die Verabreichung von Überdosen an Herzglykosiden zu Tode gebracht
- **1983, Japan:** In einem Krankenhaus wurden zwei Männer zu Tode geprügelt. Im gleichen Jahr wurde in Trondheim/Norwegen ein Krankenpfleger verurteilt, weil er 22 Bewohner eines Altenheimes mit curarehaltigen Medikamenten getötet hatte
- **1984, Eugene/Oregon:** Ein Krankenpfleger, weil er vier Bewohnern eines Altenheims, die sterbend waren, eine Überdosis an Insulin verabreicht hatte. Auch wenn nicht sicher geklärt werden konnte, ob das Insulin den Tod herbeigeführt hat, wurde der Krankenpfleger verurteilt. In Kalifornien wurde ein Krankenpfleger verurteilt, weil er zwölf Patienten mit einem Lokalanästhetikum/Antiarrhythmikum umgebracht hatte
- **1985, Großbritannien:** Ein Arzt wegen der Tötung von drei Bewohnern eines Pflegeheims
- **1987, Cincinnati:** Ein Krankenpflegehelfer wird verurteilt, der gestanden hatte, an seiner Arbeitsstelle 50 Patienten mit Cyanid vergiftet zu haben. Im gleichen Jahr wurde in Rheinland-Pfalz ein junger Mann, der einige Jahre zuvor in einem Altenheim ein Praktikum absolviert hatte, verurteilt. Er hatte sich angezeigt und gestanden, einer 74-jährigen Frau Desinfektionsmittel ins Herz gespritzt zu haben
- **1989, Grand Rapids/Michigan:** Zwei Schwesternhelferinnen, weil sie mindestens fünf Bewohner eines Pflegeheimes in ihren Betten erstickt hatten. Im gleichen Jahr, West Islip/New York: Verurteilung eines ehemaligen Krankenpflegers, weil er mehrere Patienten mit einem Muskelrelaxens umgebracht hatte. Wuppertal: Verurteilung einer Krankenschwester wegen Totschlags in fünf Fällen, Tötung auf Verlangen in einem Fall sowie wegen fahrlässiger Tötung und versuchten Totschlags in einem Fall
- **1991, Wien:** Vier Stationsgehilfinnen hatten jeweils mehrere pflegebedürftige Patienten mit verschiedenen Methoden umgebracht (Insulin, „Mundpflege“)
- **1992, St. Gallen:** Ein Krankenpfleger, weil er mit Kaliumchlorid einen schwerkranken Patienten in einer Intensivstation getötet hatte. Ein englischer Arzt wird verurteilt, weil er einer Patientin, die an Rheuma erkrankt war und unter heftigsten Schmerzen litt, Kaliumchlorid injiziert hatte. Die Frau lehnte jede Behandlung ab, wollte lediglich Schmerzmittel und hatte ihrer Familie gegenüber erklärt, sterben zu wollen. Ebenfalls 1992: Verurteilung eines japanischen Arztes, weil er einer bewusstlosen Patientin, die an Krebs litt, Kaliumchlorid injizierte, sowie in Largo/USA eines Krankenpflegers, der wegen drei Tötungsdelikten in einem Pflegeheim angeklagt worden war, aber 23 Tötungen zugegeben hatte
- **1993, Gütersloh:** Ein Krankenpfleger wird wegen Totschlags in zehn Fällen verurteilt, er hatte Patienten mittels Injektion von Luft getötet
- **1994, Wien:** Ein Anästhesist, weil er eine Patientin, die an Krebs erkrankt war und unter nicht sicher erklärbaren Schmerzen litt, mit einer Überdosis eines für die Schmerzbekämpfung bei einem wachen Patienten nur bedingt tauglichen Schmerzmittels getötet hatte
- **1996, Delfzijl/Niederlande:** Eine Krankenpflegehelferin, weil sie neun Bewohner eines Pflegeheimes mit Insulin umgebracht hatte
- Der wohl spektakulärste Fall ist der des Arztes Harold Shipman, dem im Jahr 2000 in Manchester 15 Morde angelastet werden; vermutlich aber waren es 297
- Des 22-fachen Mordes wird Ende **Januar 2005** ein Pfleger in Luzern (Schweiz) angeklagt. Er tötete zwischen 1995 und 2001 in Innerschweizer Pflegeheimen demenzkranke Menschen im Alter von 66 bis 95 Jahren. Er gestand, 23 Frauen und vier Männer mit Beruhigungsmitteln vergiftet und wenn nötig mit einem Plastiksack erstickt zu haben
- Eine 27 Jahre alte Krankenpflegerin soll in einem Pflegeheim in **Wachtberg bei Bonn** sechs ihrer Patienten getötet haben. Wie die Staatsanwaltschaft Bonn am **22. Juni 2005** mitteilte, ist die mittlerweile festgenommene Frau geständig. Demnach erstickte sie drei ihrer Patienten mit einem Kissen. In drei weiteren Fällen habe sie es bei erstickenden Patienten unterlassen, ihnen zu helfen. Die psychisch auffällige Frau soll jetzt von einem Psychiater begutachtet werden. Im Februar 2006 wurde sie zu lebenslanger Haft verurteilt
- **August 2005:** Die Internistin Mechthild Bach wird angeklagt, zwischen Dezember 2001 und Mai 2003 acht schwer krebserkrankte Patienten mit Morphin und Diazepam getötet zu haben
- Am **15. September 2005** hat die Staatsanwaltschaft Kempten Anklage gegen den so genannten „**Todespfleger von Sonthofen**“ erhoben. Er wird beschuldigt, zwischen Februar 2003 und Juli 2004 29 Patienten getötet zu haben, ist auf sechsmal Mord und 22-mal Totschlag angeklagt. Er spritzte den Patienten das Medikament „Lysthenon“

hohen Anzahl von Schwerstkranken zusammen. Hinzu kam eine unzureichende Personalausstattung. Zum Zeitpunkt, als Michaela Roeder ihre Taten ausführte, war beispielsweise die ärztliche Präsenz auf Station ungenügend. Vor allem nachts, wenn die Ärzte Bereitschaftsdienst machten, mussten die Pflegekräfte auch in Notfällen bis zu 20 Minuten ohne Arzt allein entscheiden und sogar alleine intubieren.

Auch veraltetes oder fehlendes Gerät führte zu Belastungen. Als schweren Mangel bezeichneten die Gutachter im Fall Michaela Roeder das Fehlen von Blutgasanalysegeräten. Veraltete Beatmungsgeräte konnten nicht vom Pflegepersonal bedient werden, und Patienten mussten bis zum Eintreffen eines Arztes „gegen den Respirator ankämpfen“.

Gleichzeitig führten die oft streng hierarchisch geprägten Organisations- und Leitungsstruktur zu einem dürftigen Kommunikationsfluss unter den Ärzten. In Wuppertal entschied zum Zeitpunkt der Taten die Chefärztin weitgehend allein. Die Oberärzte spielten eine „Statistenrolle“ und wurden nach Zeugnisaussagen „unfreundlich behandelt“. Dies führte zu Spannungen unter den Ärzten und in der Folge auch unter den Pflegekräften. Die Kommunikation zwischen der Chefärztin und den sechs Assistenzärzten war gering. Weder Ärzte noch Pflegenden wurden in Überlegungen und Entscheidungen über Behandlungen einbezogen.

Hinzu kam, dass die Pflegekräfte zum Zeitpunkt der Taten wenige Erfolgserlebnisse hatten, außerordentlich psychisch und körperlich belastet waren und eine unzureichende oder fehlende psychologische Begleitung in Form von Supervision erhielten. Die Anerkennung dieser Tatsachen führte beispielsweise dazu, dass das Gericht im Fall Michaela Roeder den Antrag der Staatsanwaltschaft auf ein Berufsverbot ablehnte. Der Richter verwies auf die „schwierige Arbeitssituation des Pflegepersonals auf Inten-

sivstationen“, „die besonderen Probleme auf der chirurgischen Intensivstation des St. Petrus-Krankenhauses“, die „erheblichen Mängel“ auf der Station und die „unheilige Konkurrenz zwischen den unterschiedlichen ärztlichen Anordnungen“ (2). Für Richter Watty erklärten sich die Taten deshalb „wesentlich aus einer Verkettung unglücklicher Umstände“. Den Zuschauern im Gerichtssaal sagte er: „Sinn der Strafe darf es nicht sein, die Angeklagte zu vernichten.“

### Die Motive

Mittlerweile sind mehrere Bücher erschienen, die Bedingungen beleuchten, die Patiententötungen tendenziell fördern. Alle Veröffentlichungen kommen zu dem Schluss: Das spezielle Motiv, das Schwestern und Pfleger zu Tätern werden lässt, gibt es nicht. Pflegende, die Pa-

tienten töten, unterscheiden sich jedoch in der Regel von „gewöhnlichen Serienmördern“. Dazu äußerte sich der Kriminalist und Autor Stephan Harbort, der zwischen 1997 und 2005 Interviews mit 41 verurteilten Serienmördern in Justizvollzugsanstalten und dem Maßregelvollzug führte:

„Der gewöhnliche Serienmörder ist insbesondere sozial frigide, berufs- oder arbeitslos, vorbestraft, verhaltensauffällig und tötet überwiegend Opfer, die ihm vollkommen fremd sind. Alle diese Merkmale verkehren sich bei seriellen Patiententötungen in ihr Gegenteil. Diese Täter gelten als gesellschaftliche integriert. Sie werden bis zu ihren Taten in aller Regel nicht strafällig. Sie gehen einem ehrbaren Beruf nach und lassen überdies keine gravierenden Verhaltensauffälligkeiten erkennen und, und das scheint mir ein wichtiger Punkt zu sein, sie pflegen in

aller Regel kurz oder längerfristige Beziehungen zu ihren Opfern. Und das macht den Unterschied“ (3).

Die Motivangaben der Täter sind sehr übereinstimmend. Sie hätten die Patienten „von ihrem Leiden erlösen wollen“ und dies für moralisch gerechtfertigt, für „menschlich“, „richtig“, „das Beste“ gehalten. Vielleicht aber verdeutlicht folgende Aussage des Psychoanalytikers und Psychiaters Horst-Eberhard Richter, dass die Täter nicht aus Mitleid handelten:

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

Anzeige  
im Heft

Sie handelt gerade nicht aus Mitleid, sondern weil sie diesem nicht gewachsen ist. Die Angst, mitfühlend in einen unerträglichen Zustand hinabgezogen zu werden, schlägt um in einen destruktiven Impuls. Die Rechtfertigung lautet, man habe den Leidenden doch nur von seiner Qual erlösen wollen.“ In Wirklichkeit, sagt Horst Eberhard Richter, wollte man sich selbst von dem bedrückenden Anblick erlösen (4). Nicht selten ist die erste Reaktion von Pflegenden, dass die Täter „verrückt“ oder im psychiatrischen Sinn krank sein müssen. Doch so scheint es nicht zu sein. In seinem Buch „Patiententötung“ schildert Prof. Herbert Maisch an zwei Beispielen, dass „weder die lebensgeschichtliche Entwicklung noch die Persönlichkeitsstruktur beider Pflegekräfte (...) für sich genommen Anhaltspunkte für eine psychopathologische Symptomatik“

boten (5). Auch in anderen Fällen von Patiententötung kommt der Autor zu dem Schluss, dass die Pflegenden nicht psychisch krank im engeren Sinne waren.

### Kriterien und Methoden von Patiententötungen

Die Taten geschehen unerwartet und unauffällig. Dennoch gäbe es die Möglichkeit, sie frühzeitig zu erkennen, da es gemeinsame Kriterien von Patiententötungen gibt, die sich wie ein roter Faden durch die Fälle ziehen.

Die Tatorte sind Orte, an denen ein Tötungsverbrechen nicht erwartet wird. Man geht im Gegenteil davon aus, dass dort geholfen wird. In der Regel töteten Pflegekräfte im Krankenhaus, zum Beispiel auf Intensivstationen, Stationen oder Abteilungen für Innere Medizin, Krebsstationen und seltener im Altenheim. Der Tatort ist zu-

gleich Ort des beruflichen Wirkens des Täters. Sie morden auf der eigenen Station.

Die Tat erfolgt überwiegend ein bis drei Tage nach Aufnahme des Patienten, manchmal sogar am Tag der Aufnahme. Damit waren längere Pflegeverhältnisse die Ausnahme, so dass sich eine tiefgehende emotionale Beziehung zum Patienten meist nicht entwickeln konnte.

Dass die Tat nur schwer beweisbar ist, liegt unter anderem an der „Tatwaffe“ und den Tötungsmethoden: In den meisten Fällen handelt es sich um hochdosierte Medikamente, seltener um Gifte, die intravenös verabreicht wurden. Verwendet wurden Schlaf- und Beruhigungsmittel (Hypnotika, Sedativa), Schmerz- und Betäubungsmittel (Narkotika), Spezifische Herzmedikamente (Digitalisglykoside), blutdrucksenkende Medikamente (Antihypertonika), Insulin sowie Kaliumchlorid (KCl) und Curacit (enthält Curare). Gifte im engeren Sinne waren Zyankali oder Arsen. Aber es wurden auch andere, ungewöhnliche Mittel und Methoden verwendet. Dazu zählen das Abschalten der künstlichen Beatmung (zwei Schwestern und ein Krankenpfleger), Tötung durch Luftinjektion (ein Krankenpfleger in zehn Fällen) oder das Einflößen von Leitungswasser während der Mundpflege mit Hilfe eines Bechers bei tief bewussten Patienten mit Herzschwäche und Lungenödem, die keine Abwehrbewegungen vollziehen konnten (zwei Schwestern). Vorstellbar ist, dass der Sterbeprozess der Patienten unterschiedlich verlaufen sein muss. Durch die Medikamente kann er „rasch“ erfolgt sein. Andere Methoden haben sicherlich die bestehenden Leiden vor dem Tod noch vergrößert. Eines haben sie allerdings gemeinsam: Die Methoden hinterließen äußerlich keine sichtbaren Zeichen und postmortal traten keine wahrnehmbaren, organischen Veränderungen auf. Das Sterben der Patienten erschien für die Kollegen als „normales“ Ableben infolge einer schweren Erkrankung.

Anzeige  
im Heft

## Die Vielzahl im Einzelfall

Ein wesentliches Merkmal betrifft die Vielzahl von Tötungen im Einzelfall. Prof. Herbert Maisch beschrieb in seinem Buch „Patiententötung“ diverse Fälle von Tötungen durch Pflegepersonal. Zehn der von ihm genannten Pflegekräfte töteten zwischen fünf und 33 Patienten. Diese Zahlen beziehen sich auf die Patiententötungen, die nachweisbar waren und für die Pflegekräfte verurteilt wurden. Aber in allen Verfahren gab es Anzeichen dafür, dass die tatsächliche Anzahl darüber lag. Einige Beispiele: Nicht nur im Fall der Michaela Roeder lag die Zahl der angeklagten Tötungen über den nachgewiesenen. 1976 wurde ein Krankenpfleger in Rheinfelden angeklagt, 20 Patienten getötet zu haben. Verurteilt wurde er in sechs Fällen. 1981 wurde eine Krankenschwester in Toronto (CAN) angeklagt, 40 Patienten getötet zu haben. Verurteilt wurde sie in vier Fällen. Das heißt nicht, dass es in diesen Fällen nicht mehr Tötungen gab, man konnte sie nur nicht nachweisen.

## Warn- und Frühwarnsignale

Die Taten fanden unter den Augen der Kollegen statt und blieben in der Regel lange Zeit unentdeckt, obwohl es Warnzeichen gab, die auf die Serientötungen hinwiesen. Durch die Serientötungen ziehen sich weltweit diese Warnsignale ebenfalls wie ein roter Faden. Eines betrifft die vielen Sterbefälle während der Dienstzeit einer Pflegekraft. Oft Jahre vor der Aufdeckung der Patiententötungen entsteht im Kollegenumfeld der Eindruck, dass in dieser Zeit ungewöhnlich viele Patienten versterben. Man beschäftigte sich mit diesem Phänomen, redete miteinander und witzelte. Aber ernst genommen wurde es nicht. Obwohl neue Sterbefälle dazu kamen, machte sich niemand die Mühe, exakte Zahlen zu ermitteln. Beispiele:

„Auf der Inneren Station des Krankenhauses Wien-Lainz starben 1987 in der Dienstzeit von Rotraud Prager 73 Patienten, wie erst bei den Ermittlungen 1989 festgestellt wurde. Das waren vier- bis siebenmal so viele Sterbefälle wie in den Dienstzeiten zweier vergleichbarer Schwestern derselben Station. 1988 stieg die Mortalität in der Dienstzeit von Rotraud Prager auf 123 Patienten. Das waren sogar fünf- bis achtmal so viele Fälle, wie bei den beiden anderen Schwestern der Station“, beschreibt Prof. Maisch in seinem Buch „Patiententötung“, und weiter: „Auf der Inneren Abteilung eines deutschen Krankenhauses ereigneten sich 1990 dreiviertel aller Todesfälle in den Dienstzeiten des Krankenpflegers Helmut Frey“, und auf der Intensivstation von Schwester Michaela Roeder starben zwischen 1985 bis zur Entdeckung im Februar 1986 fast dreiviertel aller Patienten während ihrer Dienstzeit (6). Nach den Aussagen von Wilhelm Seitz, Anwalt der Nebenkläger im Fall der Tötungen von Sonthofen, starben im Jahr 2002 auf der Station von Stefan L. 73 Patienten, als er noch nicht tätig war (7). 2003 stieg die Anzahl der Todesfälle auf 105 an. Der ermittelnde Staatsanwalt gab zu bedenken, dass Stefan L. zum Schluss immer häufiger getötet haben soll. Zwischen dem 28. März 2004 und Juli 2004 wurde jeder Patient, der auf der inneren Station I im Krankenhaus verstarb,

Anzeige  
im Heft

## Anzeige im Heft

getötet, wenn man zwei Urnenbestattungen auslässt, da eine Überprüfung nicht mehr möglich war (8).

Ein weiteres Warnsignal ist die häufige Benennung des Täters durch die Kollegen mit einem besonderen „Spitznamen“: Ein amerikanischer Pfleger aus Cincinnati wurde mit „Kiss of Death“ („Todeskuss“) angesprochen. Michaela Roeder wurde „Todesengel“ genannt und Schwester Prager aus Wien „Hexe“. Die Kollegen gaben ihnen diese Spitznamen, weil sie anfangen, diese zu bemitleiden. Es war überwiegend ironisch gemeint.

Das dritte Alarmzeichen betrifft den raschen und hohen Verbrauch bestimmter Medikamente und den Nachweis leerer Ampullen, die nicht angeordnet waren. Typisch ist das Beispiel eines Wiener Krankenhauses in Lainz, wo vier Pflegekräfte zwischen 1983 und 1987 nach eigenen Angaben bis zu 50 Patienten umgebracht haben. Einer Krankenschwester gelang es, in dieser Zeit 2495 Ampullen eines Schlaf- und Beruhigungsmittels beiseite zu schaffen, obwohl der Verbrauch desselben Medikaments auf einer vergleichbaren Station nur 285 Ampullen betrug. Ein niederländischer Krankenpfleger hortete 1875 Fläschchen Insulin (9). Im Sonthofener Fall soll Stefan L., nach Aussagen des Anwalts der Nebenkläger, Patienten mit einem Medikament getötet haben, das auf seiner Station weder 2002 noch 2003 regulär eingesetzt wurde. 2003 wurde es jedoch 50 Mal nachbestellt. Eine Kontrolle dieser Medikamente gab es offenbar nicht (10).

Trotz dieser Merkmale wurden die Taten lange nicht entdeckt. So genannte Aufdeckungsbarrieren verhinderten die Aufdeckung der Taten durch Kollegen und Vorgesetzte.

### „Verleugnungs- und Beschwichtigungsrituale“

„Verleugnungs- und Beschwichtigungsrituale“ sind Abwehrmechanismen, die davor schüt-

zen sollen, sich mit den grausamen Tatsachen und den damit verbundenen Emotionen auseinander zu setzen. Zu ihnen gehört erwähnte Verharmlosung durch „Spitznamen“. In den Prozessen versicherten die Kollegen, dass diese Namen nur „scherzhaft“ oder „humorvoll“ gemeint waren. Nie ernsthaft oder als Zeichen eines Verdachts. Die Kollegen leugneten die Tatsache der Tötung und verharmlosten diese (Beschwichtigung).

Ein weiteres „Ritual“ spiegelte sich zwischen den Tätern und ihren Kollegen in Form „spezifischer Dialoge“ wider. Wenn beispielsweise der amerikanische Intensivpfleger mit „Todeskuss“ angesprochen wurde, erwiderte er seinen Kollegen, „Ja, heute schnapp ich mir den Nächsten“. Und alle lachten. Wenn Michaela Roeder von ihren Kolleginnen als „Todesengel“ angesprochen und auf das bevorstehende, mögliche Ableben einer Patientin bei Schichtwechsel hingewiesen wurde, sagte sie, „Das Häppchen schaff ich bis zum Fußballspiel!“, welches bald darauf am Abend gesendet wurde.

Wenn Schwester Prager bei einem Schichtwechsel „Hexe“ genannt wurde und jemand sie auf einen todgeweihten Patienten ansprach, scherzte sie religiös mit dem lieben Gott. Wenn jemand sagte, „Traudl, den haben wir für dich aufgehoben“, erwiderte sie, „Ja, ja, ich hab beim Pepi schon ein Zimmer b'stellt!“. Dann haben alle gelacht, denn der „Pepi“ war der „Herrgott“ von Lainz. Mit ihrem Spitznamen „Hexe“ hat Schwester Traudl auch ihre Scherze getrieben. Immer wieder mal sagte sie: „Ja, ich muss mich halt mal auspendeln lassen. Ich brauch ja nur daneben zu stehn und einen anschauen, schon stirbt er. Ich fürcht mich allmählich ja schon, in Dienst zu gehn.“ Wenn Pfleger Helmut Frey von einer Kollegin angesprochen wurde, dass es bei ihm ja schon wieder Sterbefälle gegeben habe, antwortete er: „Das sind die besten Abgänge, die kommen nie wieder.“

Vor dem Hintergrund der Tötungen von Patienten kann man von außen betrachtet diese Rituale nur als makaber oder zynisch bezeichnen. Allerdings dachten die Kollegen, dass es ein Zeichen eines reinen Gewissens sei, wenn jemand so direkt und locker antwortet. Der Umgangston ist vielleicht nur für Außenstehende roh. Aber nicht nur Verleugnungs- und Beschwichtigungsrituale verhinderten die frühzeitige Aufdeckung der Taten, sondern auch so genannte Aufdeckungsbarrieren.

### **Aufdeckungsbarrieren**

Eine solche Barriere bestand darin, dass die Kollegen, die die Taten entdeckten, ihren Gefühlen aber nicht trauten. Ein Beispiel aus dem Krankenhaus Wuppertal: Ein Pfleger hatte bei einem 70-jährigen Patienten den Eindruck, dass dieser „Recht

guter Dinge“ war und sogar auf kleine Späße reagierte. Michaela Roeder, seine Vorgesetzte, teilte ihm kurz danach mit, dass es dem Patienten „nicht so gut“ ging. Er habe Schmerzen und sie werde ihm ein Schmerzmittel geben. Außerhalb der Sichtweite des Geschehens hörte der Pfleger das typische Geräusch des Abbrechens von Ampullenköpfen. Es machte drei oder viermal „klack“, obwohl eine Ampulle ausgereicht hätte. Er ging ins Zimmer und sah Michaela Roeder, die eine Fünf-Milliliter-Spritze eines blutdrucksenkenden Medikaments in den Händen hielt und es dem Patienten spritzte. Nach etwa zehn Minuten sagte sie ihm im Vorbeigehen, dass es dem Patienten schlecht ginge – der Blutdruck sei niedrig. Sie informierte auf Wunsch des Pflegers die Oberärztin und schickte den Pfleger weg. Diese Vorgänge machten

den Pfleger stutzig. Er stellte sich heimlich hinter eine Glastür und wollte zusehen, was weiter geschehen würde. Er sah, wie Michaela Roeder zwei Ampullen KCL aufzog und dem Patienten das Medikament injizierte. Fast unmittelbar danach kam es zum Herzstillstand.

Der Pfleger stürzte ins Zimmer und Michaela Roeder sagte: „Mein Gott, jetzt hatte es der arme Herr Cordes bald geschafft!“ Sie schickte ihren Kollegen wieder aus dem Zimmer des Patienten und wieder beobachtete der Pfleger, wie Michaela Roeder eine Spritze aufzog, rasch intravenös verabreichte und kurz danach der Patient verstarb. Obwohl die Situation eindeutig erscheint, konnte der Pfleger nicht glauben, was er gesehen hatte. Er zweifelte an sich und seiner Wahrnehmung.

Die zweite Aufdeckungsbarriere besteht darin, dass der Verdacht

**Anzeige  
im Heft**

nicht ernst genommen wurde. Ein Beispiel aus dem Krankenhaus Wien/Lainz: Ein Jahr vor Aufdeckungen der Tötungen schöpfte eine Schwesternschülerin Verdacht. Sie teilte dies einem befreundeten Arzt mit, der früher auf der Station tätig war. Aber ihr Freund tat die Anschuldigung als „Spinnerei“ ab. Doch die Auszubildende blieb dabei. Nun teilte der Arzt es der Oberärztin mit, doch auch sie nahm die Anschuldigung nicht ernst. Man habe ihm einen „Bären“ aufgebunden und er würde sich nur „lächerlich“ machen. Im April 1988, ein Jahr vor der Verhaftung der Schwestern, wurde der Chefarzt informiert. Statt zu handeln, wurde geredet und es gab eine Konferenz. Ergebnis: Bei Verdacht sollen künftig Harn- und Blutproben genommen werden, im Übrigen wurde „strengstes Stillschweigen“ vereinbart. Die betroffenen Schwestern bemerkten die geheimen Vorgaben und änderten ihre Tötungsmethode. Erst elf Monate nach der ersten Konferenz wurde die Kontrolle des Arzneimittelverbrauchs beschlossen. Nach dem Tod einer weiteren Patientin wurden die Tötungen aufgedeckt. Die dritte Aufdeckungsbarriere besteht im Übersehen von Hinweisen, die von den Tätern selbst gegeben wurden. Am 6. Dezember 1985 starb die 82-jährige Maria Klöpping. Sie wurde von Michaela Roeder getötet. Am 7. Dezember saßen die Kollegen über dem Pflegeübergabebuch und ein Pfleger las laut vor, was Michaela Roeder am Vortag hineingeschrieben hatte: „Kreislaufmäßig – bis saumäßig – Diurese (Harnausscheidung) mies bis ganz mies – AZ (Allgemeinzustand) nicht unbedingt der beste – führt nicht mehr flüssig ab – bitte öfter in LH nachsehen, ob Patientin noch ruhig liegt – war unruhig – Pat. wurde auf eigenen Wunsch um 22:18 Uhr dorthin verlegt. Ansonsten ruhigen Dienst, schönes Wochenende, wenig Maloche.“

Die Kollegen lachten und jemand fragte, was LH bedeutet. „Leichenhalle“, erklärte eine

Schwester lachend. Nur ein Pfleger lachte nicht. Er erinnerte sich an eine Bemerkung von Michaela Roeder vom Vortag. Sie sagte ihm: „Bis Mitternacht wird sie es wohl geschafft haben.“ Er ging zum Ampullencontainer, fand zwei Ampullen jenes blutdrucksenkenden Medikaments, das keinem Patienten am Vortrag verordnet worden war.

Es gibt Gründe für das Abwiegen durch die Kollegen. Die Beschuldigten galten als besonders tüchtig, einsatz- und aufopferungsbereit. Sie hatten das Vertrauen der Ärzte, waren als Pflegekräfte anerkannt und zum Teil hoch qualifiziert. Hinzu kommt, dass das Verbrechen für Vorgesetzte und Kollegen unvorstellbar schien. Es löste bei Ärzten und Vorgesetzten die Angst vor dem Ruin der eigenen Karriere, einem Skandal in der Öffentlichkeit, vor einem Schaden für die Einrichtungen aus.

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

### **Kann man aus den Taten lernen?**

Fachleute wie Gutachter oder Chefärzte, in deren Abteilungen getötet wurde, nehmen heute an, dass neben den persönlichen Faktoren und den institutionellen Rahmenbedingungen in den betreffenden Kliniken auch komplexe gesellschaftliche Veränderungen mitverantwortlich dafür waren, dass Pflegekräfte in ihrer Aufgabe und der Sinnerefüllung mit dieser Aufgabe scheiterten und in der Folge Patienten töteten. Als Stichpunkte seien an dieser Stelle nur

die gestiegene Lebenserwartung der Menschen und die Zunahme von chronischen Krankheiten und von Langzeitpatienten genannt. 70 bis 80 Prozent aller Menschen in Deutschland sterben im Krankenhaus. Die verbesserten Möglichkeiten der Medizin haben zwar viele Vorteile, aber auch eine Kehrseite. Als Folge dieser Entwicklungen wird immer öfter an Ärzte und Pflegekräfte das Verlangen nach „aktiver Sterbehilfe“ herangezogen und öffentlich diskutiert. „Aktive Sterbehilfe“ ist jedoch genauso abzulehnen, wie Patiententötungen durch eine Pflegekraft. Vielmehr sind gesellschaftliche und institutionelle Veränderungen notwendig, damit Patienten, Pflegende, Ärzte und Kliniken nicht in solche vermeintlich ausgewegenen Situationen geraten. Verbesserte Rahmenbedingungen in der Pflege sind unverzichtbar.

Besonders nachdenklich stimmt, dass die Täter nicht in der Lage waren, Schwächen wahrzunehmen oder diese zuzugeben. Jedenfalls konnten sie nicht um Hilfe bitten und hinzu kam, dass nicht jede Einrichtung Unterstützung vor Ort anbot. Daher ist es zwingend notwendig, dass schon in der Pflegeausbildung eine psychische Begleitung angeboten wird und Pflegende lernen, im Kollegenumfeld über Ängste, Sorgen, Nöte und Schwächen zu reden.

Vieles spricht dafür, dass die öffentlich gewordenen Patiententötungen nur die „Spitze eines Eisberges“ darstellen. Dies bestätigen so genannte „Dunkelfeldstudien“, in denen es um die unentdeckten Fälle geht. Auch die Tatsache, dass in den meisten Fällen von Patiententötungen die Taten nur „zufällig“ entdeckt wurden, lässt Fachleute vermuten, dass diese häufiger geschehen.

Anmerkungen und Literatur über die Redaktion

#### **Anschrift des Verfassers:**

Roberto Rotondo, Dipl.-Psych.  
Rappstraße 9, 20146 Hamburg  
[www.robertorotondo.de](http://www.robertorotondo.de)