

Wenn ein Klinikpfleger zum Serienmörder wird

Hintergründe von Übergriffen in der Pflege und was man dagegen tun könnte

Gastbeitrag von Professor Dr. Arthur Kreuzer, Gießen

Der Fall erschüttert. Er nimmt immer größere Dimensionen an. Im Strafverfahren vor dem Oldenburger Landgericht steht der 38-jährige Krankenpfleger Niels H., nunmehr angeklagt wegen dreier Morde und zweier Mordversuche an Patienten, nachdem er bereits 2008 wegen Mordversuchs zu Freiheitsstrafe verurteilt worden war. Über den ihn begutachtenden Psychiater räumt er am 8. Januar 2015 ein, auf der Intensivstation des Delmenhorster Klinikums zwischen 2003 und 2005 eigenmächtig 90 Personen das Medikament Gilurytmal intravenös verabreicht zu haben, ein Herzmittel, das in hoher Dosis lebensbedrohliche Herzrhythmusstörungen und Blutdruckabfall auslösen kann. 30 Patienten seien deswegen gestorben. Insgesamt 178 Verdachtsfälle werden geprüft.

Anhaltende Skandale als Spitze des Eisbergs

Erstmals wurde man auf das Phänomen der Tötungen von Patienten in Kliniken aufmerksam durch den Skandal in einem Krankenhaus bei Wien. Die Mordserie begann 1983. Vier Stationsgehilfinnen hatten mindestens 32 Patienten, teils gemeinschaftlich handelnd, getötet. Beschönigend als „Todesengel von Lainz“ tituliert, hatten sie angeblich aus Mitleid, auf Wunsch oder gnadenhalber Kranke „erlöst“, „Sterbehilfe“ gewährt, tatsächlich indes kaltblütig, brutal, zynisch gehandelt („Fahrkarte ins Jenseits“). Mal wurde die „Mundpflege“ zum Ertränken oder Ersticken genutzt, mal Insulin oder Rohypnol überdosiert verabreicht.

Hierzulande folgten die Prozesse von Wuppertal 1989 (Verurteilung einer Krankenschwester wegen der Tötung von 17 Patienten bei deren Verlegung auf die Intensivstation); Bielefeld 1993 (Verurteilung eines Krankenpflegers, der 10 alte Patienten mit Luftinjektionen getötet hatte); Kempten 2006 (Verurteilung des „Krankenpflegers von Sonthofen“ wegen der Tötung von 29 Klinikpatienten). Hinzu kamen Verfahren gegen Angehörige ambulanter Pflegedienste 2001 in Bremen, 2003 in Karlsruhe, 2006 in Bonn, schließlich 2012 gegen zwei Pfleger eines saarländischen Seniorenzentrums.

Tötungsmotive sind ganz unterschiedlich. Meist spielt Überforderung mit: Mangelnde Ausbildung, Arbeitsüberlastung angesichts personell schwacher Ausstattung und oftmals sehr schwieriger Patienten. Dazu kommen manchmal Mitleid, die Unfähigkeit, das viele Leid seelisch zu verkraften, das Erleben eigener Hilflosigkeit, Unverständnis gegenüber ärztlichen Entscheidungen über Lebens- und Leidens-verlängernde Behandlung, falsch verstandene „Sterbehilfe“. Gelegentlich maßt man sich medizinische Kompetenz an; sie vermittelt Gefühle, als Untergebene mal ganz oben zu sein, Macht über Leben und Tod auszuüben. Seltener spielt Habgier mit. Niels H. sollen Ehrgeiz, später auch Langeweile angetrieben

haben. Auffällig oft habe er sich in Situationen der Wiederbelebung eingeschaltet, ja aufgedrängt, um seine besondere Fähigkeit bei Reanimationen zu zeigen.

Solche spektakulären Fälle von Serientötungen in Kliniken und Heimen sind nur die Spitze des Eisbergs. Das Dunkelfeld unerkannter, jedenfalls nicht verfolgter Einzelfälle dürfte weitaus größer sein als sonst bei Tötungsdelikten. Meist lässt erst das Gesetz der Serie Verdacht aufkommen und Kontrollorgane eingreifen. Gründe dafür sind vielfältig: Versuchungssituationen sind zahlreich, Tatgelegenheitsstrukturen günstig. Täter, Taten und Opferwerden liegen außerhalb üblicher Verdachtslagen. So haben Pflegende unbeobachteten Dauerkontakt zu möglichen Opfern. Die sind arg- und wehrlos, leicht manipulierbar, zudem auf die Pflegenden angewiesen, ihnen geradezu ausgeliefert. Einige sind altersstarrsinnig oder wegen fortgeschrittener Demenz schwierig, sogar aufsässig. Pflegedienste sind chronisch schwach besetzt schon aus Kostengründen, wegen gelegentlich zusätzlicher Engpässe und des Nachwuchsmangels angesichts gesellschaftlicher Unterbewertung der schweren, verantwortungs- und aufopferungsvollen, keineswegs durchweg angemessen dotierten Tätigkeiten. Zudem gehört Sterben zum Alltag der Einrichtungen und löst an sich noch keinen Verdacht aus. Gelegentlich könnte es sogar zu stillschweigender Übereinstimmung zwischen Patient und Pflegekraft oder zwischen dieser und Angehörigen im Sinne vorzeitiger Lebensbeendigung kommen. Überdies sind die Tötungsmittel einfach. Sie ähneln alltäglichen Handreichungen und Medikationen. Gezielt fehlerhafte Anwendung ist schwerlich nachweisbar. Oft mangelt es an hinreichender Kompetenz, Supervision, Aufsicht und Kontrolle. Das gilt insbesondere für die Dokumentation und Kontrolle der Medikamentenausgabe und die klare Abgrenzung zwischen ärztlicher und pflegerischer Bestimmung und Verabreichung der Medikamente. Selbst wenn Verdacht aufkommt, sind Situation und Todesfall bei gleicher Symptomatik doch meist unterschiedlich deutbar: Rechtliche Definitionen reichen von natürlichem Tod über Unfall, Suizid, bis zu Tötung auf Verlangen, fahrlässiger oder vorsätzlicher Tötung. Schließlich sind Obduktionen und entsprechende Erkenntnisse über Anlässe zu Obduktionen bekanntlich rar. Mit der Todesfallfeststellung sind selten rechtsmedizinisch kompetente, von der Institution unabhängige Ärzte betraut.

Selbst wenn Arbeitskollegen, gelegentlich Praktikanten, Besucher oder Patienten Verdacht hegen, bestehen erhebliche Hemmschwellen, um sich an hausinterne oder öffentliche Stellen wie Gesundheitsbehörden, Heimaufsicht und Polizei zu wenden. Vor allem Corps-Geist und interne Abschirmung der Kliniken oder ähnlichen Einrichtungen verhindern Meldungen. Man fürchtet um den Ruf des Hauses oder übergeordneten Trägerverbandes bei Äußerungen über Missstände. Ebenso stehen kollegiale Rücksichtnahmen einer Beschwerde entgegen. Nicht zuletzt geht es um die Besorgnis, selbst Nachteile bei Meldungen gewärtigen zu müssen. Mitarbeitern drohen dienst- und disziplinarrechtliche Maßnahmen, arbeitsrechtliche Abmahnungen, Entlassung, Schadensersatzforderungen, auch Mobbing in der Einrichtung. Sie setzen sich womöglich strafrechtlichen Vorwürfen wegen Verleumdung oder Verletzung der Verschwiegenheitspflicht aus. Sie müssen damit rechnen, dass sich ein Verdacht nicht beweisen lässt. Angehörige und Patienten selbst sorgen sich um weitere

Rückschläge in der konkreten Betreuungssituation als Folge einer Meldung. Sie können sich nicht auf Vertraulichkeit im Umgang mit ihren Informationen verlassen. Der Weg zu Kontrollinstitutionen ist also faktisch weitgehend versperrt.

Möglichkeiten vertraulicher Meldungen

Wie kann Abhilfe geschaffen werden? Ganz allgemein gilt, dass dies mehr Geld, Personal und Kontrolle erfordert, außerdem enge, einfühlsame, vertrauensgetragene Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflegedienst. Um eine Verbesserung des Pflegenotstandes sind viele Stellen bemüht. Personalnot im Pflegedienst der Kliniken ist bekannt. Zudem bestehen Kontrolldefizite in Kliniken hinsichtlich der Einhaltung hygienischer Standards und der Ausgabe von Medikamenten. Oftmals fehlt zudem spezifische Krankenhaus-Sozialarbeit.

Konkret sind zwei Forderungen an die Politik zu stellen. Sie zielen auf rechtzeitige Meldungen an öffentliche Kontrollstellen:

Erstens sollte bei jedem Polizeipräsidium ein von der strikten Strafverfolgungspflicht entbundener Präventions-Beratungs-Beamter bereit stehen für absolut vertrauliche Gespräche. Bislang fehlt es an Vertrauen für mögliche Informanten wegen der Verfolgungspflicht bei Hinweisen auf einen möglichen Straftatverdacht.

Zweitens sollte nach dem Vorbild des saarländischen Landes-Pflegebeauftragten in jedem Bundesland gesetzlich eine solche informelle Beschwerdestelle geschaffen werden. Das haben wir in dieser Zeitung bereits vor einem Jahr gefordert. Patienten- und Pflegebeauftragte sollten wie Wehr- und Datenschutz-Beauftragte nur dem Parlament verantwortlich sein, Akteneinsichts-, Auskunfts- und Zugangsrechte haben, mit einem gesetzlichen Zeugnisverweigerungsrecht ausgestattet sein. Nur dann kann sich ein „Whistleblower“ wirklich vertraulich an sie wenden, ohne gravierende Nachteile für sich oder Patienten befürchten zu müssen. Schon das Wissen um solche mögliche informelle Kontrolle kann bewirken, dass sich mögliche Täter nicht in Sicherheit vor Entdeckung und Strafverfolgung wiegen. Hätte es solche Ombudsstellen früher gegeben, wäre so mancher Skandalfall eher erkannt oder ganz verhindert worden.