

Serientötungen in Kliniken und Heimen

Serial murder in clinics and care homes



Autor

Karl H. Beine

Institut

Lehrstuhl für Psychiatrie und Psychotherapie, Universität Witten/Herdecke (bis 2019)

Schlüsselwörter

Serientötungen, Patiententötungen, Krankentötungen, Tötungen ohne explizite Willensäußerung

Key words

healthcare serial killers, patient homicide, serial murder, killing without explicit request

Bibliografie

Dtsch Med Wochenschr 2022; 147: e91–e101

DOI 10.1055/a-1899-7344

ISSN 0012-0472

© 2022. The Author(s).

This is an open access article published by Thieme under the terms of the Creative Commons Attribution-NonDerivative-NonCommercial License, permitting copying and reproduction so long as the original work is given appropriate credit. Contents may not be used for commercial purposes, or adapted, remixed, transformed or built upon. (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)

Georg Thieme Verlag KG, Rüdigerstraße 14, 70469 Stuttgart, Germany

Korrespondenzadresse

Prof. em. Dr. med. Karl H. Beine
Universität Witten/Herdecke
Fakultät für Gesundheit
karl.beine@uni-wh.de



English version under:

<https://doi.org/10.1055/a-1899-7344>

ZUSAMMENFASSUNG

Hintergrund Tötungsserien in Kliniken und Heimen sind in den vergangenen Jahren mehrfach bekannt geworden. Die regelmäßig überbordende und rasch verebbende öffentliche Empörung hat bisher nicht zu einer fundierten fachlichen und gesundheitspolitischen Beschäftigung mit dem Thema geführt. Systematische Untersuchungen sind kaum vorhanden, sodass die Kenntnisse über Täter- und umgebungsbezogene Risikofaktoren im Versorgungsalltag spärlich sind.

Methode Die bis Februar 2022 in Deutschland, Österreich und der Schweiz mit einem rechtskräftigen Urteil abgeschlossenen Tötungsserien in Kliniken und Heimen wurden untersucht. Als Material standen Gerichtsunterlagen und eigene

Prozessbeobachtungen zur Verfügung, die im Hinblick auf Opfer, Tatorte, Tötungsarten, Täter und ihre Motive ausgewertet wurden. Eingeschlossen sind 12 Tötungsserien mit 17 Täter*innen.

Ergebnis Täterspezifische Frühwarnzeichen sind eine ausgeprägte Selbstunsicherheit in Kombination mit Geltungs- und Machtstreben, die mit einem Empathie-Verlust einhergehen. Die Reaktionen im direkten beruflichen Umfeld sind gekennzeichnet durch Fehleinschätzungen, Sorge um eigene Nachteile, befürchtete Imageschäden der Einrichtung und einen unzureichenden Aufklärungswillen. Auf diese Weise werden Tatzeiträume und Opferzahlen erhöht.

Schlussfolgerung Über Tötungsserien in Kliniken und Heimen muss verstärkt aufgeklärt werden. Forschungsanstrengungen sind erforderlich, um die tatsächliche Häufigkeit derartiger Straftaten besser einschätzen zu können und angemessene präventive Maßnahmen zu entwickeln. Begünstigende Umstände, Risikofaktoren, Täterprofile und frühzeitig wirksame Gegenmaßnahmen müssen im Rahmen von Aus-, Fort- und Weiterbildungen flächendeckend thematisiert werden.

ABSTRACT

Background Serial murder in clinics and care homes have gained attention more than once in recent years. The consistently exuberant and quickly fading public outrage has not yet led to a well-founded professional and health-political engagement with the topic. With hardly any systematic studies having been conducted, knowledge about perpetrator-related and environment-related risk factors in the day-to-day context of healthcare is sparse.

Methods Serial murder in clinics and care homes in Germany, Austria, and Switzerland that were concluded with a legally binding verdict by February 2022 were investigated. Research material consisted of court documents and observations made during trials, and were evaluated with regard to the victims, crime scenes, methods of killing, perpetrators, and perpetrator motives. Included were 12 serial murders involving 17 perpetrators.

Results Perpetrator-specific early warning signs include pronounced self-uncertainty in combination with a striving for prestige and power which are accompanied by a loss of empathy. Reactions in the immediate professional environment are characterized by misjudgement, concern about one's own disadvantages, feared damage to the reputation of the insti-

tution, and insufficient willingness to clarify the situation. As a result, the time span of the criminal activity and the number of victims increases.

Conclusion More information about serial murder in clinics and care homes is necessary. Research efforts are needed to better assess the actual prevalence of such crimes and to

develop appropriate preventive measures. Circumstances which enable such acts, risk factors, perpetrator profiles, and early-stage countermeasures must be comprehensively addressed in the context of education, training, and further education.

Einführung

Tötungsserien in Kliniken und Heimen sind in den vergangenen Jahren mehrfach gerichtsbekannt geworden [1]. Die Prozesse haben zu Erkenntnissen geführt, die für die Verhinderung derartiger Straftaten von Bedeutung sind. Voraussetzung für über den Einzelfall hinausgehende Ergebnisse sind gesicherte Daten, bekannte Sachverhalte und die Berücksichtigung der Rahmenbedingungen. Die frühzeitige Erkennung von gefährdeten Kolleg*innen ist für die Patientensicherheit entscheidend. Die Prozesse haben gezeigt, dass die schnelle Aufdeckung häufig auch dadurch erschwert wurde, dass Kolleg*innen und Vorgesetzte – in Verkennung der Realitäten – solche Taten im eigenen Haus für unmöglich hielten. Daher ist eine genaue Betrachtung der bisherigen Tötungsserien notwendig.

In Kliniken und Heimen werden die Verbrechen hier – anders als etwa in häuslichen Pflegesituationen oder im ambulanten Setting [2, 3] – im Beisein von Kolleg*innen oder gemeinschaftlich verübt. Darüber hinaus sind dies Orte, in denen das Sterben und der Tod häufig vorkommen und derartige Verbrechen überhaupt nicht erwartet werden.

Im deutschsprachigen Rechtsraum sind 12 Tötungsserien mit insgesamt 17 Täter*innen juristisch aufgearbeitet worden. ► **Tab. 1** gibt einen Überblick. Weltweit sind 57 Tötungsserien dokumentiert: 19 weitere in Europa, 18 in den USA und Südamerika, 4 in Japan, 3 in Australien und 1 in Kanada [4–9].

Methode

Diese Studie beschränkt sich auf Tötungsserien, bei denen 2 oder mehr rechtswidrige Tötungen erwachsener Personen in einer Klinik oder einem Heim durch denselben Mitarbeiter (health care worker) verübt wurden. Es werden ausschließlich Tötungsserien im deutschen Sprachraum berücksichtigt, deren juristische Aufarbeitung bis Februar 2022 abgeschlossen war.

Entwicklungsgeschichten, Tatausführungen und die juristische Aufarbeitung derartiger Straftaten unterscheiden sich in verschiedenen Ländern und Kontinenten erheblich, sodass hier nur Tötungsserien aus Deutschland, Österreich und der Schweiz – also dem deutschsprachigen Rechtsraum – eingeschlossen wurden. Die Auswertungen stützen sich auf die schriftlich verfassten anonymisierten Urteile und eigene Prozessbeobachtungen. Ausgeschlossen wurden solche Tötungsserien, bei denen die Tatorte außerhalb von Kliniken oder Heimen lagen, es sich um Opfer im Kindes- oder Jugendalter gehandelt hat und die Strafverfahren noch nicht abgeschlossen waren.

Die anonymisierten Urteilsbegründungen wurden ausgewertet. Opfer, Tatorte, Tatzeiträume, Tötungsarten, Täter*innen und

ihre Motive wurden einer näheren Betrachtung unterzogen. Die Initialen der Täter*innen wurden anonymisiert.

Aus dieser Analyse wurden personenbezogene und tatortspezifische Frühwarnzeichen abgeleitet und Warnhinweise beschrieben, die zur Minimierung des Wiederholungsrisikos beitragen können.

Opfer

Nachweislich gab es bei den 12 Serientötungen im deutschen Sprachraum 205 Tötungsopfer. Das jüngste Opfer war 31 Jahre alt, das älteste 96 (► **Tab. 2**).

Unter den Opfern waren 40 Heimbewohner*innen und 165 Klinikpatient*innen, 90 Frauen und 115 Männer. Die Opferzahlen liegen zwischen 2 und 87. In 59 angeklagten Tötungsdelikten konnte eine Täterschaft nicht eindeutig nachgewiesen werden (► **Tab. 3**). Die tatsächlichen Opferzahlen liegen wahrscheinlich noch wesentlich höher. Allein im Fall Nr. 11 wurden mehr als 130 Menschen feuerbestattet, die während der Dienstzeit von Herrn T. gestorben waren, sodass eine toxikologische Analyse nicht mehr durchgeführt werden konnte. Zum einen ist die eindeutige Ermittlung der Todesursachen durch lange Tatzeiträume und die verspätete Aufklärung erheblich erschwert. Zum anderen ist die Erinnerungsfähigkeit der ehemaligen Kolleg*innen und Vorgesetzten lückenhaft [10].

34 Opfer wurden am Tage ihrer Aufnahme getötet, 61 weitere während der ersten 5 Tage. Nur vereinzelt befanden sich die Personen in einem unumkehrbaren Sterbeprozess. Einige waren auf dem Weg der Besserung, sollten sogar entlassen werden. Der Zeitpunkt des Todes war für Pfleger*innen und Ärzt*innen fast immer überraschend, die Todesursache sehr häufig nicht plausibel. Außerdem war in vielen Fällen die Gleichförmigkeit des Verlaufes kurz vor Eintritt des Todes bemerkt worden. 32 Opfer hatten zum Zeitpunkt ihres vorzeitigen Todes 2 oder weniger Diagnosen, konnten demnach nicht als multimorbid gelten.

Es gab zwar kein Merkmal, das bei allen Opfern vorhanden war, aber die meisten waren mehrfach erkrankt und in einem höheren Lebensalter.

Die Tötungen geschahen weitestgehend ungefragt. Lediglich in 3 von 205 nachgewiesenen Tötungen erfolgte eine Verurteilung wegen Tötung auf Verlangen (Fälle Nr. 3, 7, 8; ► **Tab. 4**). Bemühungen der Täter*innen, den Willen der Opfer zu erkunden, sind nicht bekannt geworden.

Tatorte

Eine Tötungsserie wurde in Österreich (Fall 4) und eine in der Schweiz (Fall 6) verübt, 10 geschahen in Deutschland. In 2 Fällen (1 und 6) waren sowohl Heime als auch Kliniken der Tatort. In

► **Tab. 1** Übersicht. Namen anonymisiert. Alter zum Zeitpunkt der Verhaftung [24–37].

	Täter*innen	Land	Urteil	Tatort	Beruf
1.	Herr B. 43 J.	D	1976	Station/Heim	Pfleger/Diakon
2.	Herr D. 25 J.	D	1981	ICU	Pfleger
3.	Frau E. 27 J.	D	1989	ICU	Pflegerin
4.1	Frau F. 30 J.	AUT		Station	Pflegehelferin
4.2	Frau G. 28 J.	AUT	1991	Station	Pflegehelferin
4.3	Frau H. 26 J.	AUT		Station	Pflegehelferin
4.4	Frau I. 49 J.	AUT		Station	Pflegehelferin
5.	Herr K. 33 J.	D	1993	Station	Pfleger
6.	Herr L. 32 J.	CH	2006	Heim/Station	Pfleger
7.	Herr M. 25 J.	D	2006	Station	Pfleger
8.	Frau N. 27 J.	D	2006	Heim	Pflegehelferin
9.	Frau O. 54 J.	D	2007	ICU	Pflegerin
10.1	Herr P. 47 J.	D		Heim	Pflegehelfer
10.2	Herr R. 23 J.	D	2018	Heim	Pflegehelfer
10.3	Frau S. 26 J.	D		Heim	Pflegerin
11.	Herr T. 28 J.	D	2019	ICU	Pfleger
12.	Frau U. 52 J.	D	2021	Heim	Pflegehelferin

► **Tab. 2** Opfer.

	Täter*innen	Jüngstes Opfer	Ältestes Opfer	Ø-Alter Opfer	Σ Opfer
1.	Herr B. 43 J.	80	88	84	2
2.	Herr D. 25 J.	60	86	72	7
3.	Frau E. 27 J.	67	82	77	7
4.1	Frau F. 30 J.	71	90	82	15
4.2	Frau G. 28 J.	71	83	78	5
4.3	Frau H. 26 J.	Ø	Ø	Ø	Ø
4.4	Frau I. 49 J.	Ø	Ø	Ø	Ø
5.	Herr K. 33 J.	70	92	82	10
6.	Herr L. 32 J.	76	94	84	25
7.	Herr M. 25 J.	40	95	78	27
8.	Frau N. 27 J.	78	92	84	9
9.	Frau O. 54 J.	48	77	61	5
10.1	Herr P. 47 J.				
10.2	Herr R. 23 J.	62	85	74	2
10.3	Frau S. 26 J.				
11.	Herr T. 28 J.	34	96	73	87
12.	Frau U. 52 J.	31	56	41	4
					205

► Tab. 3 Nachgewiesene und angeklagte Opfer.

	Täter*innen	Urteil	Nachgewiesene Todesopfer		Angeklagte Tötungen
			♀	♂	
1.	Herr B. 43 J.	1976	2	0	3
2.	Herr D. 25 J.	1981	4	3	7
3.	Frau E. 27 J.	1989	4	3	16
4.1.	Frau F. 30 J.		5	10	31
4.2.	Frau G. 28 J.	1991	2	3	8
4.3.	Frau H. 26 J.		∅	∅	2
4.4.	Frau I. 49 J.		∅	∅	12
5.	Herr K. 33 J.	1993	7	3	10
6.	Herr L. 32 J.	2006	3	22	27
7.	Herr M. 25 J.	2006	15	12	29
8.	Frau N. 27 J.	2006	9	0	9
9.	Frau O. 54 J.	2007	1	4	6
10.1	Herr P. 47 J.				
10.2	Herr R. 23 J.	2018	2	0	2
10.3	Frau S. 26 J.				
11.	Herr T. 28 J.	2019	34	53	97
12.	Frau U. 52 J.	2021	2	2	5
Σ			90	115	264

3 Fällen waren es nur Heime, in 7 Fällen ausschließlich Kliniken. Vier Tötungsserien wurden auf Intensivstationen (ICU) verübt, 3 auf peripheren Klinikstationen. (► Tab. 1)

In der Rückschau stellte sich immer heraus, dass die Täter*innen deutlich häufiger in Notfall- und/oder Sterbesituationen anwesend waren als andere Kollegen.

An 8 Tatorten wurde ein grob fahrlässiger Umgang mit Arzneimitteln festgestellt. Auf stark erhöhte Medikamenten-Verbräuche oder verschwundene Arzneimittel reagierte man gar nicht oder unangemessen. So fiel es in den Fällen 4, 7 und 11 nicht auf, dass Medikamente verbraucht und immer wieder unkontrolliert nachbestellt und geliefert wurden, obwohl es bei den jeweiligen Patient*innen keine Indikationen für die missbrauchten Substanzen gab und sie auch nicht ärztlich verordnet worden waren.

Die Leichenschauen wurden an keinem Tatort gründlich und kompetent durchgeführt. In mehreren Fällen waren großflächige Hämatome und auffällige Einstichstellen nicht hinterfragt oder übersehen worden. Im Fall 5 fanden Leichenschauen wiederholt verspätet und besonders oberflächlich statt, im Fall 4 unterließen sie mehrfach ganz.

Bei allen Tötungsserien wurde im Laufe der juristischen Aufarbeitung deutlich, dass Kolleg*innen frühzeitig auffälliges Verhalten bemerkt hatten. Man redete darüber und es kursierten Gerüchte, aber man sprach nicht mit dem auffälligen Kollegen. So bekamen die späteren Täter*innen an mindestens 5 Tatorten frühzeitig richtungsweisende Spitznamen, z. B. Hexe, Todesengel, Vollstrecker. Gezielte Hinweise an Vorgesetzte wurden in den Fäl-

len 1, 3, 5, 7, 9 und 11 während der Gerichtsverfahren bekannt. So wandten sich im Fall 9 besorgte Mitarbeiter*innen mehrfach an Vorgesetzte, weil sie ein verdächtiges Verhalten bei Herrn M. beobachtet hatten. Sie wurden gerügt und zum Schweigen angehalten. Im Fall 9 sprach niemand die später verurteilte Pflegerin direkt auf ihr auffälliges Verhalten an. Kolleg*innen meldeten das der Stationsleitung, die ihrerseits die Pflegedirektion informierte. Eine Reaktion erfolgte nicht – nach Auskunft der Pflegedirektion „wegen des verstärkten Arbeitsanfalls“ [11]. In einer anderen Klinik erklärte der damalige Geschäftsführer es für „nahezu ausgeschlossen“, dass der Jahre später verhaftete Herr T. die Notfälle versehentlich verursacht haben könnte. Er bat den Betriebsrat um Verschwiegenheit und darum, den Verdächtigen zum Verlassen des Hauses zu motivieren (Fall 11). Im gleichen Fall beobachtete eine Krankenpflegerin (Fall 11), wie Herr T. einem Patienten etwas spritzte, der kurz darauf reanimiert werden musste. Sie meldete den Vorfall ihrem Stationsleiter. Der meinte: „Stell dich nicht so an. Da musst du mit leben“ [12].

Überwiegend handelt es sich um Einzeltäter*innen. Allerdings wurde festgestellt, dass die Täter*innen in den Fällen 4 und 10 gemeinschaftlich gehandelt haben. Daneben sind an 2 Tatorten (Fälle 4 und 5) Vorfälle belegt, die Mitwisserschaft oder Einverständnis mit den Tötungen vermuten lassen. So wurde die Haupttäterin im Fall 4, Frau F., von einer Kollegin gebeten, sie zu einem sterbenden Patienten zu begleiten: „Geh’ mit, vielleicht geht’s dann schneller“. Eine andere Kollegin äußerte im Mitarbeiterkreis über einen schwer kranken Patienten: „Er kann nicht sterben, weil die F.

► **Tab. 4** Nachgewiesene und angeklagte Straftaten.

	Täter	Abgeurteilte Straftatbestände	Angeklagte Straftatbestände	Strafe
1.	Herr B. 43 J.	2 Morde. 4 versuchte Morde. 1 gefährliche Körperverletzung.	7 Morde. 1 versuchter Mord. 1 gefährliche Körperverletzung	lebenslang
2.	Herr D. 25 J.	7 Körperverletzung mit Todesfolge.	6 Morde. 1 Totschlag	7 Jahre
3.	Frau E. 27 J.	5 × Totschlag. 1 Tötung auf Verlangen. 1 Fahrlässige Tötung. 1 versuchter Totschlag	17 Morde	11 Jahre
4.1	Frau F. 30 J.	17 Morde. 11 Mordversuche. 2 schwere Körper- verletzungen. 1 Beihilfe zum Mord	31 Morde. 1 Mordversuch. 2 Beihilfe zum Mord	lebenslang
4.2	Frau G. 28 J.	3 Morde. 4 Beihilfe zum Mord. 2 Beihilfe zum Mordversuch	4 Morde. 4 Beihilfe zum Mord.	lebenslang
4.3	Frau H. 26 J.	2 Mordversuche	2 Morde.	12 Jahre
4.4	Frau I. 49 J.	7 Mordversuche. 1 fahrlässige Tötung	12 Morde. 1 Mordversuch.	20 Jahre
5.	Herr K. 33 J.	10 × Totschlag.	10 Morde	15 Jahre
6.	Herr L. 32 J.	7 Morde. 15 vorsätzliche Tötungen. 3 vollendete Tötungsversuche. 2 unvollendete Tötungsversuche.	8 Morde. 15 vorsätzliche Tötungen. 4 vollendete Tötungsversuche.	lebenslang
7.	Herr M. 25 J.	12 Morde. 15 × Totschlag. 1 versuchter Totschlag. 1 Tötung auf Verlangen. 1 gefährliche Körperver- letzung. 5 Diebstähle.	16 Morde. 12 × Totschlag. 1 versuchter Totschlag. 1 Tötung auf Verlangen. 2 gefährliche Körperver- letzungen. 5 Diebstähle.	lebenslang
8.	Frau N. 27 J.	4 Morde. 4 × Totschlag. 1 Tötung auf Verlangen	4 Mord. 4 × Totschlag. 1 Tötung auf Verlangen	lebenslang
9.	Frau O. 54 J.	5 Morde.		lebenslang
10.1	Herr P. 47 J.	1 gemeinschaftlicher Mord. 1 Beihilfe zum Mord. Misshandlung von Schutzbefohlenen. Gefährliche Körperverletzung. Verletzung des höchstpersön- lichen Lebensbereichs durch Bildaufnahmen. Schwerer sexueller Missbrauch widerstandsunfä- higer Personen. Diebstahl. Beihilfe zum Diebstahl und Computerbetrug.	2 gemeinschaftliche Morde. 1 gemeinschaftlicher Mordversuch. Misshandlungen, sexueller Miss- brauch, Verletzung des höchstpersönlichen Lebens- bereichs durch Bildaufnahmen.	lebenslang
10.2	Herr R. 23 J.	2 gemeinschaftliche Morde. Beihilfe zur Miss- handlung von Schutzbefohlenen. Beihilfe zur ge- fährlichen Körperverletzung. Gefährliche Körper- verletzung. Beihilfe zum schweren sexuellen Missbrauch widerstandsunfähiger Personen. Ver- letzung des höchstpersönlichen Lebensbereichs durch Bildaufnahmen. Beleidigung. Hehlerei. Diebstahl. Computerbetrug.	2 gemeinschaftliche Morde. 1 gemeinschaftlicher Mordversuch. Misshandlungen, sexueller Miss- brauch, Verletzung des höchstpersönlichen Lebens- bereichs durch Bildaufnahmen.	lebenslang
10.3	Frau S. 26 J.	1 gemeinschaftlicher Mord. Misshandlung von Schutzbefohlenen mit gefährlicher Körperverlet- zung und Verletzung des höchstpersönlichen Lebensbereichs durch Bildaufnahmen. Schwerer sexueller Missbrauch widerstandsunfähiger Per- sonen mit Verletzung des höchstpersönlichen Le- bensbereichs durch Bildaufnahmen. Beleidigung, Diebstahl und Beihilfe zum Diebstahl.	1 gemeinschaftlicher Mord. 1 gemeinschaftlicher Mordversuch. Misshandlungen, sexueller Miss- brauch, Verletzung des höchstpersönlichen Lebens- bereichs durch Bildaufnahmen.	lebenslang
11.	Herr T. 28 J.	Mord in 87 Fällen, 3 versuchte Morde	100 Morde	lebenslang
12.	Frau U. 52 J.	4 Morde	4 Morde. 1 schwere Körperverletzung	15 Jahre

nicht da ist.“ Im Fall 5 äußerte eine Kollegin gegenüber Herrn K., bevor er den Nachtdienst antrat, über 3 Patienten: „Die will ich morgen hier nicht mehr sehen.“ Am nächsten Morgen waren diese 3 Patienten tot. Pfleger K. meldete bei Dienstübergabe am Ende der Nachtschicht: „Befehl ausgeführt“ [13]. Von allen Täter*innen wurde vor Gericht bestritten, dass sie auf ihr verdäch-

tiges Verhalten direkt angesprochen worden seien. Gleichzeitig zeigten sich die Täter*innen überzeugt, dass den Kollegen ihre Taten aufgefallen waren. Mehrere behaupteten, sie hätten die ausbleibenden Reaktionen als stillschweigendes Einverständnis gedeutet.

► Tab. 5 Tatzeiträume.

	Täter	Erste Tat	Letzte Tat	Tatzeitraum	Latenzzeit +	Todesopfer
1.	Herr B. 43 J.	01/1971	06/1971	6 Mon	5 Monate	2
2.	Herr D. 25 J.	12/1975	12/1975	11 Tage	∅	∅
3.	Frau E. 27 J.	09/1985	02/1986	6 Mon	3 Monate	3
4.1	Frau F. 30 J.	1983	03/1989	72 Mon	≈ 60 Monate	min 7
4.2	Frau G. 28 J.	1983	03/1989	72 Mon	≈ 60 Monate	min 5
4.3	Frau H. 26 J.	1989	03/1989	72 Mon	≈ 60 Monate	∅
4.4	Frau I. 49 J.	1989	03/1989	72 Mon	≈ 60 Monate	∅
5.	Herr K. 33 J.	05/1990	12/1990	8 Mon	4 Monate	4
6.	Herr L. 32 J.	03/1995	06/2001	63 Mon	3 Monate	2
7.	Herr M. 25 J.	01/2003	07/2004	18 Mon	3 Monate	4
8.	Frau N. 27 J.	11/2003	04/2005	17 Mon	∅	∅
9.	Frau O. 54 J.	06/2005	10/2006	16 Mon	3 Monate	3
10.1	Herr P. 47 J.					
10.2	Herr R. 23 J.	12/2015	02/2016	3 Mon	ungeklärt	2
10.3	Frau S. 26 J.					
11.	Herr T. 28 J.	02/2000	06/2005	65 Mon	45 Monate	60
12.	Frau U. 52 J.	04/2021		1 Tag		

An fast allen Tatorten schwelten verdeckte Konflikte, die zu einem spannungsreichen Arbeitsklima beitrugen. Eindeutige Fehler und erste Grenzverletzungen und Übergriffe wurden nicht direkt und persönlich angesprochen. Resignation und Desinteresse stellte sich an vielen Tatorten ein.

Die Tatzeiträume variieren zwischen einem Tag (Fall 12) und 72 Monaten (Fall 4). Im Zeitraum zwischen ersten internen Verdächtigungen und der Verhaftung des späteren Täters (Latenzzeit) geschahen mindestens 90 weitere Tötungen (► Tab. 5).

Tötungsarten

16 Täter*innen intervenierten unmittelbar und direkt, in der Absicht, den sofortigen Tod herbeizuführen. Herr T. (Fall 11) missbrauchte Medikamente zur Provokation von Notfällen, die in mindestens 87 Fällen mit dem Tod der vergifteten Opfer endeten. Überwiegend wurden nicht verordnete Medikamente als Tötungsmittel eingesetzt. Verwendet wurden Insulin, Digitalis, Sedativa, Muskelrelaxantien, Anästhetika, Antiarrhythmika, Analgetika, Antihypertensiva, Neuroleptika und KCL.

Herr K. (Fall 5) brachte seine Patienten mit Luftinjektionen um.

Ausschließlich direkte Gewalt war in 2 Tötungsserien (Fälle Nr. 8, 12) todesursächlich. Frau N. (Fall Nr. 8) erstickte ihre Opfer mit einem Kissen und Frau U. (Fall Nr. 12) brachte ihre Opfer durch Messerstiche um. In beiden Fällen war der Tatort ein Heim. Hier spielten tatortspezifische Tötungsmittel keine Rolle. Bei 3 Tötungsserien (Fälle Nr. 4, 6, 10) verwendeten die 8 Täter*innen sowohl Medikamente als auch mechanische Gewalt, z. B., indem mit Kissen oder Plastikfolien die Atemwege verschlossen wurden. Im Fall Nr. 4 wurde der Erstickungstod durch eine im Jargon der

Täterinnen als „Mundpflege“ bezeichnete Methode bewirkt. Hier wurde – in Verbindung mit Flunitrazepam – mit einem Spatel durch Druck auf den Zungengrund der Schluckreflex unterdrückt. Gleichzeitig bekam das Opfer Wasser eingeflößt, das nicht geschluckt werden konnte, sondern aspiriert werden musste (► Tab. 6).

Täter*innen

Die verurteilten 17 Täter*innen – 9 Frauen (53 %); 8 Männer (47 %) gehörten sämtlich der pflegerischen Berufsgruppe an. Acht Täter*innen waren als Pflegehelfer*innen beschäftigt, davon 4 in einer Klinik (Fall 4), und 4 in Heimen. Neun Täter*innen arbeiteten als ausgebildete Pfleger*innen. Das Durchschnittsalter betrug 33,8 Jahre. Neun lebten allein, 8 waren verpartnert. Fünf von 17 Täter*innen waren vorübergehend psychiatrisch behandelt worden. Zwei der 17 Täter*innen waren vorbestraft, wegen Verkehrs- oder Vermögensdelikten. 5 Täter*innen wurde mit einem lebenslangen Berufsverbot belegt, bei 12 Verurteilten sahen die Gerichte – aus unterschiedlichen Gründen – davon ab (► Tab. 7). Die geringste Strafe bekam Herr D. (Fall 2) mit 7 Jahren Freiheitsstrafe. Elf Täter*innen erhielten lebenslange Freiheitsstrafen (► Tab. 4).

Sämtliche Täter*innen wurden psychiatrisch begutachtet. 15 waren uneingeschränkt schuldfähig, Herr D. (Fall 2) und zuletzt Frau U. (Fall 12) wurden als vermindert schuldfähig bewertet. Einzig bei ihr wurde aufgrund einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung die Unterbringung in einer forensischen Psychiatrie angeordnet (► Tab. 8).

► **Tab. 6** Tötungsarten und Motive.

	Täter	Land	Tötungsarten	Vordergrundmotive
1.	Herr B. 43 J.	D	Prothipendyl, Oxycodon	Geltungs- u. Machtstreben
2.	Herr D. 25 J.	D	Digitalis	ungeklärt/Linderungsversuche
3.	Frau E. 27 J.	D	KCl, Clonidin	behauptetes Mitleid
4.1	Frau F. 30 J.	AUT	Flunitrazepam, Ersticken	behauptetes Mitleid
4.2	Frau G. 28 J.	AUT	Flunitrazepam, Ersticken	behauptetes Mitleid
4.3	Frau H. 26 J.	AUT	Flunitrazepam, Ersticken	behauptetes Mitleid
4.4	Frau I. 49 J.	AUT	Flunitrazepam, Ersticken	behauptetes Mitleid
5.	Herr K. 33 J.	D	Luftinjektionen	ungeklärt/behaupteter „Zwang“
6.	Herr L. 32 J.	CH	Nozinan, Tramadol, Ersticken	behauptetes Mitleid
7.	Herr M. 25 J.	D	Midazolam, Diazepam, Etomidat, Pancuronium, Suxamethoniumchlorid	behauptetes Mitleid
8.	Frau N. 27 J.	D	Ersticken	ungeklärt/Mythomanie
9.	Frau O. 54 J.	D	Nitroprussidnatrium, Midazolam	behauptetes Mitleid
10.1	Herr P. 47 J.	D	Insulin, Ersticken	Geltungs- u. Machtstreben
10.2	Herr R. 23 J.	D	Insulin, Ersticken	Geltungs- u. Machtstreben
10.3	Frau S. 26 J.	D	Insulin, Ersticken	Geltungs- u. Machtstreben
11.	Herr T. 28 J.	D	Notfallprovokation mit Ajmalin, Sotalol, KCl, Lidocain, Kaliumchlorid, Amiodaron	Geltungs- u. Machtstreben
12.	Frau U. 52 J.	D	Messerstiche	ungeklärt

► **Tab. 7** Angaben zum Zeitpunkt der Verhaftung.

	Täter	Zivilstand	Psychiatrische Vorbehandlungen	Vorstrafen	Berufsverbot
1.	Herr B. 43 J.	Verheiratet, Kinder	∅	Vermögensdelikt	nein
2.	Herr D. 25 J.	Single, kinderlos	ja	∅	ja
3.	Frau E. 27 J.	Single, kinderlos	∅	∅	nein
4.1	Frau F. 30 J.	Single, kinderlos	∅	∅	nein
4.2	Frau G. 28 J.	Lebensgemeinschaft,	∅	∅	nein
4.3	Frau H. 26 J.	Lebensgemeinschaft, Kind	∅	∅	nein
4.4	Frau I. 49 J.	Verheiratet, Kind	∅	∅	nein
5.	Herr K. 33 J.	Verheiratet, kinderlos	∅	∅	nein
6.	Herr L. 32 J.	Lebensgemeinschaft	∅	Verkehrsdelikt	nein
7.	Herr M. 25 J.	Lebensgemeinschaft	ja	∅	ja
8.	Frau N. 27 J.	Single, keine Kinder	∅	∅	ja
9.	Frau O. 54 J.	Geschieden, kinderlos	∅	∅	nein
10.1	Herr P. 47 J.	Getrennt lebend, kinderlos	ja	∅	nein
10.2	Herr R. 23 J.	Single, keine Kinder	∅	∅	nein
10.3	Frau S. 26 J.	Single, keine Kinder	∅	∅	nein
11.	Herr T. 28 J.	Geschieden, Kind	ja	∅	ja
12.	Frau U. 52 J.	Verheiratet, Kinder	ja	∅	ja

► **Tab. 8** Persönlichkeitsdiagnosen.

	Täter	Urteil	Persönlichkeitsdiagnose	Schuldfähigkeit
1.	Herr B. 43 J.	1976	neurotisch-psychopathische Persönlichkeit, innere Unsicherheit	uneingeschränkt
2.	Herr D. 25 J.	1981	Medikamentenmissbrauch, schizoide, neurasthenische Grundpersönlichkeit, labiles, schwaches Selbstwertgefühl	vermindert
3.	Frau E. 27 J.	1989	Unsicherheit, mangelhaft entwickeltes Selbstwertgefühl, brüchiges Selbstwertgefühl, erhöhte Kränkbarkeit, unreife Beziehungsstruktur	uneingeschränkt
4.1	Frau F. 30 J.		keine psychischen Auffälligkeiten	uneingeschränkt
4.2	Frau G. 28 J.	1991	psychisch unauffällig	uneingeschränkt
4.3	Frau H. 26 J.		schwaches Selbstvertrauen, ansonsten psychisch unauffällig	uneingeschränkt
4.4	Frau I. 49 J.		keine psychischen Auffälligkeiten	uneingeschränkt
5.	Herr K. 33 J.	1993	reaktiv-depressive Verstimmung, gehemmt-selbstunsicher, brüchiges Selbstwertgefühl	uneingeschränkt
6.	Herr L. 32 J.	2006	Narzisstische Persönlichkeitszüge, Geltungsstreben, Selbstmitleid	uneingeschränkt
7.	Herr M. 25 J.	2006	Mangel an Einfühlungsvermögen (Empathie), eine narzisstische, Ich-bezogene Persönlichkeit mit Zügen von Größenwahn, Selbstunsicherheit	uneingeschränkt
8.	Frau N. 27 J.	2006	fragl. Borderline-Störung	uneingeschränkt
9.	Frau O. 54 J.	2007	Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen, zwanghaften und schizotypen Zügen	uneingeschränkt
10.1	Herr P. 47 J.		Selbstunsichere, ängstliche Persönlichkeitsstruktur	uneingeschränkt
10.2	Herr R. 23 J.	2018	histrionisch-narzisstische Tendenzen, Amphetamin- und Valeron-Missbrauch,	uneingeschränkt
10.3	Frau S. 26 J.		ängstlich-dependente und narzisstisch-manipulative Züge, Amphetamin-Missbrauch	uneingeschränkt
11.	Herr T. 28 J.	2019	Zwanghafte Persönlichkeitsstörung mit paranoiden, ängstlich-selbstunsicheren Anteilen. Medikamenten- und Alkoholmissbrauch. Kombinierte Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen, histrionischen, dissozialen und zwanghaften Anteilen. Emotionale Labilität.	uneingeschränkt
12.	Frau U. 52 J.	2021	Borderline-Persönlichkeitsstörung	vermindert

Bei nahezu allen Tätern wurden im Nachhinein charakterliche Auffälligkeiten und hervorstechende Persönlichkeitszüge festgestellt, die ex ante nicht besonders aufgefallen waren (► **Tab. 8**). Retrospektiv deutlich wurden unterschiedliche Persönlichkeitsveränderungen bei den Täter*innen, die sich über einen langen Zeitraum entwickelt hatten. So wurden verstärktes Rückzugsverhalten, distanziert-unterkühlte Beziehungsgestaltung, Verslossenheit, Anspannung, zynisch-abwertende Kommentare, eine verrohte Sprache und aggressive Impulsdurchbrüche beobachtet. Bei allen Täter*innen wurden eine überdurchschnittlich hohe primäre Selbstunsicherheit und ausgeprägte narzisstische Persönlichkeitsanteile festgestellt. Die Selbstunsicherheit wurde von den Täter*innen als Schwäche empfunden, nicht vereinbar mit ihrem Selbstbild und daher kaschiert und verdrängt. Kein Täter suchte das Gespräch oder bemühte sich um professionelle Hilfe. Mit hoher Wahrscheinlichkeit wurden die Täter nicht auf ihre Veränderungen angesprochen.

Motive

In allen Fällen war nicht ein Einzelmotiv entscheidend für die Taten, sondern eine individuelle Kombination von Motiven. Retrospektiv wurde deutlich, dass sich die Entwicklung bis zur Tatbereitschaft immer über lange Zeiträume erstreckt hatte. Bei 4 Täter*innen blieb die Motivlage letztlich ungeklärt (Fälle 2, 5, 8, 12). Bei 5 Täter*innen stand ein ausgeprägtes Macht- und Geltungsstreben im Vordergrund (Fälle 1, 10, 11). Prototypisch für dieses Motivbündel ist in

Deutschland Herr T. Er meinte, dass er den Kick gebraucht und gern auf dem Podest gestanden habe. Dagegen nahmen 8 Täter*innen (Fälle 3, 4, 6, 7, 9) für sich in Anspruch, aus Mitleid mit den Opfern gehandelt zu haben. Als beispielhaft kann hier Herr M. (Fall 7) gelten, der Patienten in ihrer ausweglosen Situation angeblich Leid ersparen wollte (► **Tab. 6**).

Im Rahmen der psychiatrischen Begutachtungen und während der Gerichtsverhandlungen wurden die Persönlichkeitsstruktur und die geäußerten Motive hinterfragt. Tatsächlich konnten die Täter*innen den Zustand ihrer Patienten und die eigene Situation nicht ertragen und verschafften sich durch das direkte Töten oder die Provokation von Notfällen primär selbst Erleichterung. Nicht das vermeintliche Wohl der Opfer, sondern die eigenen Missempfindungen und Wertungen der Täter*innen waren handlungsleitend. Herr M.: „Ich war irgendwo erleichtert und hatte das Gefühl, dass jemand erlöst ist.“ Oder Frau O: „Aber ich sah auf einmal bei Menschen auch gewisse Elende – da hab’ ich gedacht – du hast Elend – sie auch – und bei ihnen machst du Schluss.“ Prototypisch für das tödliche Dominanz- und Machtstreben ist der Krankenpfleger T.: Die Bewunderung der Kollegen sei wie eine „Aufladestation“ für sein Selbstwertgefühl gewesen. Der für die Täter*innen unerträglich gewordenen eigenen Ohnmacht begegneten sie mit selbst ausgelösten Notfällen oder direkten Tötungen und reduzierten so vorübergehend innere Konfliktspannungen.

Diskussion

Es kann als gesichert gelten, dass Tötungsdelikte in Kliniken und Heimen besonders schwer zu erkennen sind, wenn ein Helfer wirklich töten will. Niemand rechnet hier mit solchen Verbrechen. Gleichzeitig sind Kliniken und Heime Orte, an denen häufig gestorben wird und der Tod zum Alltag gehört. Von den 939 572 Sterbefällen im Jahr 2019 ereigneten sich 428 753 ($\approx 46\%$) allein in Kliniken [14]. Die Tötungsmittel sind leicht zugänglich und hinterlassen häufig kaum auffällige Spuren. Körperkontakte gehören hier zum Alltag und so wirken die Tausführungen bei oberflächlicher Betrachtung wie medizinisch-pflegerische Verrichtungen, wenn sie nicht gänzlich kaschiert werden.

In Kliniken und Heimen sind pflegerische und ärztliche Mitarbeiter*innen die beiden Berufsgruppen, die sowohl direkten Kontakt mit Patienten oder Bewohnern als auch direkten Zugriff auf Medikamente und medizinisches oder pflegerisches Gerät haben. Weit überwiegend wurden Tötungsmittel verwendet, die spezifisch sind für das Gesundheitswesen. Die rechtskräftig verurteilten Täter*innen in dieser Untersuchung gehören ausschließlich zur pflegerischen Berufsgruppe. Knapp die Hälfte der Täter*innen (8 Personen) besaß nur eine eingeschränkte Qualifikation für den Pflegeberuf. Ob es einen ursächlichen Zusammenhang zwischen geringer Qualifikation und Täterschaft gibt, kann durch diese Studie wegen der geringen Fallzahl nicht geklärt werden. Das gilt auch für den Befund, dass ausschließlich Täter*innen aus der pflegerischen Berufsgruppe verurteilt wurden.

In der deutschen Gesamtbevölkerung liegt der Frauenanteil bei etwa 50 % [15]. Der Frauenanteil in den Pflegeberufen beträgt dagegen rund 84 % [14]. Betrachtet man sämtliche Tötungsdelikte in Deutschland, unabhängig vom Tatort, dann liegt der Anteil der männlichen Täter bei etwa 85 %. Bei den hier untersuchten Tötungen in Kliniken und Heimen sind 47 % der Täter männlich, obwohl sie in den pflegenden Berufsgruppen nur einen Anteil von rund 16 % haben. In der Gesamtbevölkerung sind damit Männer etwa 5- bis 6-mal häufiger Täter als Frauen. In Kliniken und Heimen sind Männer rund 4- bis 5-mal häufiger die Täter. Auch bei Tötungen in Kliniken und Heimen überwiegt also der Anteil männlicher Täter, wenn auch hier etwas schwächer ausgeprägt.

Das Durchschnittsalter der Täter lag mit 33,8 Jahren unter dem Niveau der Gesundheitsberufe. Hier sind 56 % älter als 40 Jahre [16]. Die Persönlichkeitsveränderungen der späteren Täter vor ihrer Enttarnung wurden retrospektiv deutlich und waren bereits vor der Verhaftung registriert worden. Die Angst, Kolleg*innen zu Unrecht zu beschuldigen, trägt zur Zurückhaltung von Kolleg*innen und damit zu einer verspäteten Aufklärung bei. Die langsam zunehmende Handlungsbereitschaft der Täter, Unkenntnis, Arg- und Achtlosigkeit, Arbeitsüberlastung, Konflikte, fehlender Aufklärungswille und die Angst vor der Rufschädigung des Krankenhauses waren weitere Aufdeckungsbarrieren, die die Aufklärung verzögert haben. In diesen Phasen, in denen erste Auffälligkeiten erkennbar wurden und Reaktionen ausblieben, sind weitere Tötungen geschehen, die bei retrospektiver Betrachtung überwiegend vermeidbar gewesen wären. Entscheidend sind Tatzeiträume dadurch verlängert worden, dass Vorgesetzte einem geäußerten Verdacht nicht adäquat nachgegangen sind und nicht

umgehend das direkte Gespräch mit dem Verdächtigen suchten und im Zweifel die Ermittlungsbehörden informierten.

Aufgrund der Tathergänge lassen sich 2 Tätergruppen unterscheiden. Die deutlich größere Gruppe handelte, um den sofortigen Tod herbeizuführen. Eine – auch im internationalen Vergleich [17] – deutlich kleinere Gruppe wurde über selbstausgelöste Notfälle zum Täter. Im deutschsprachigen Rechtsraum zählt bisher einzig Herr T. zu dieser Gruppe.

Tatbegünstigend ist das Zusammenspiel von individueller Disposition und negativen Einflussfaktoren am Arbeitsplatz. Für die individuelle Disposition sind die durchgängig vorhandene stark ausgeprägte Selbstunsicherheit in Verbindung mit akzentuierten narzisstischen Persönlichkeitsanteilen grundlegend [18]. Derart disponierten Personen fällt es offenbar besonders schwer, Leidenszustände im Rahmen begrenzter professioneller Möglichkeiten zu begleiten. Auf Dauer entwickelt sich bei den Täter*innen ein als unerträglich empfundenen Ohnmachtsgefühl, das unausgesprochen blieb und auch von den unmittelbaren Kolleginnen und Kollegen nicht offen thematisiert wurde. Das eigene Missempfinden des Täters und das tatsächliche oder unterstellte Leiden des Opfers wurde zur Quelle eines toxischen Motivbündels. Schließlich entlud sich nach längerer Zeit die aufgestaute innere Konfliktspannung in direkte Tötungen oder selbstgemachte Notfälle. Vorübergehend wurde so die eigene Ohnmacht überwunden und Kontrolle zurückgewonnen.

Negative Einflussfaktoren am Arbeitsplatz sind eine unzureichende Personalausstattung, nicht präsenzte Vorgesetzte und langandauernde unausgesprochene Konflikte. Eine in qualitativer und quantitativer Hinsicht ungenügende Personalausstattung ist ohnehin mit einer erhöhten Sterblichkeit assoziiert [19]. Als besonders risikoreich für verlängerte Tatzeiträume und hohe Opferzahlen hat sich eine Arbeitsatmosphäre erwiesen, in der erste Verfehlungen und Anzeichen von Verrohung nicht erkannt und nicht direkt und persönlich angesprochen werden. Klinikführungen, die wegen befürchteter „Rufschädigungen des Hauses“ auf polizeiliche Ermittlungen verzichtet haben, trugen zur Erhöhung der Opferzahlen bei.

Voraussetzung für die Risikominimierung ist, dass Mitarbeiter*innen über Gewalttaten in Kliniken und Heimen informiert sind und um die Missbrauchsanfälligkeit von asymmetrischen Beziehungen wissen [20]. Die unreflektierte Überzeugung, so etwas könne in der eigenen Einrichtung nicht vorkommen, hat sich als Aufdeckungsbarriere erwiesen. Tötungen sind in jeder Klinik und in jedem Heim grundsätzlich möglich. Auffälligkeiten müssen frühzeitig erkannt und angesprochen werden. Hinweise für ein erhöhtes Risiko können wechselnde Kombinationen aus folgenden Warnzeichen sein:

- Ausgeprägte Selbstunsicherheit, auffällige Suche nach Lob
- Geltungs- und Dominanzstreben, Empathie-Defizit, Egoismus
- Persönlichkeitsveränderungen
- Zynisch-verrohte Sprache
- Häufung von unerwarteten Todes- oder Notfällen
- Gleichförmigkeit des Verlaufes kurz vor Eintritt des Todes
- Häufige Anwesenheit desselben Kollegen bei Not- oder Sterbefällen
- Gesteigerte Medikamentenverbräuche
- Einschlägige Spitznamen

- Nachlässige Leichenschau ohne toxikologische Untersuchungen
- Untätigkeit der Vorgesetzten

Es muss registriert und mit der Indexperson angesprochen werden, wenn Persönlichkeitsveränderungen bei einem Teammitglied auffallen, z. B. ein verstärktes Rückzugsverhalten, eine verstärkte Reizbarkeit oder eine sprachliche Verrohung. Der Verwendung verdächtiger Spitznamen, z. B. „Todesengel“ oder einschlägigen Gerüchten muss unbedingt nachgegangen werden. Der Abgleich von Dienstzeiten mit Sterbe- oder Reanimationsfällen der Einrichtung muss jederzeit möglich sein, um die überzufällige Anwesenheit eines bestimmten Mitarbeiters frühzeitig zu erkennen. Die Medikamentenverbräuche müssen kritisch geprüft und überwacht werden. Schließlich gilt es, die Leichenschauen und die toxikologischen Untersuchungen auszuweiten und zu verbessern.

Kontrollen allein werden aber die Risiken nicht ausreichend senken. Dazu bedarf es einer soliden Aufklärung, der kollegialen Achtsamkeit, der genauen Beobachtung, der sorgfältigen Information und Kommunikation. Diese Aufgaben können aber nur dort erledigt werden, wo genügend qualifizierte Mitarbeiter*innen genügend Zeit haben und das direkte Gespräch mit Patienten, Klienten und Kollegen gefördert wird.

Prävention ist schon allein deshalb geboten, weil wir über das Dunkelfeld von Tötungen in Kliniken und Heimen wenig wissen. Bezogen auf alle Tatorte bleiben in Deutschland jährlich etwa 11 000–22 000 nicht natürliche Todesfälle (zum Beispiel Suizide, Unfälle) unentdeckt, darunter auch 1200–2400 Tötungsoffer [21]. Kriminologische Forschungsergebnisse zeigen, dass lediglich bis zu 50 % aller vorsätzlich und fahrlässig begangenen Tötungsdelikte polizeibekannt werden [22]. Einiges spricht dafür, dass die Dunkelziffer in Kliniken und Heimen größer ist, schon deshalb, weil ein verstorbener Mensch hier kein Aufsehen erregt und die Möglichkeit zum spurenarmen Töten fast durchgängig vorhanden ist. Einen dringenden Forschungsbedarf zu diesem Themenkomplex legen auch die Ergebnisse einer im Herbst 2018 durchgeführten Studie nahe. Von 2507 befragten Ärzt*innen gaben 46 (1,83 %) an, in den vergangenen 24 Monaten in 226 Fällen aktive Interventionen oder Behandlungen durchgeführt zu haben, mit dem Ziel der sofortigen Beendigung des Lebens. Diese 46 Ärzt*innen waren nicht um Sterbehilfe gebeten worden. Von den 2683 Pfleger*innen hatten dagegen 27 (1 %) in diesem Sinn aktive Sterbehilfe bei 99 Personen geleistet, ohne je um Sterbehilfe gebeten worden zu sein [23].

Das Thema Tötungsserien in Kliniken und Heimen sollte mehr wissenschaftliche und gesundheitspolitische Aufmerksamkeit erfahren.

KERNAUSSAGEN

- Tötungsserien in Kliniken und Heimen sind in den vergangenen Jahren wiederholt öffentlich geworden und weisen sehr wahrscheinlich eine hohe Dunkelziffer auf.
- Die Tatmotive sind komplex, entwickeln sich über längere Zeiträume und bestehen im Kern aus einer Kombination

von kaschierter Selbst-unsicherheit mit Machtstreben und Geltungsdrang.

- Präventiv muss der auffällig häufigen Anwesenheit eines Kollegen bei Reanimationen oder Sterbefällen Beachtung geschenkt werden.
- Persönlichkeitsveränderungen eines Mitarbeiters bzw. einer Mitarbeiterin in Verbindung mit sprachlichen Entgleisungen und einschlägigen Spitznamen müssen thematisiert werden und als ernsthafte Frühwarnzeichen gedeutet werden.
- Bei begründetem Verdacht müssen frühzeitig die zuständigen Ermittlungsbehörden informiert werden.

Interessenkonflikt

Die Autorinnen/Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- [1] Beine KH. Tatort Krankenhaus: Ein kaputtes System macht es den Tätern leicht. München: Droemer; 2021
- [2] Landgericht München. Mord in häuslicher Pflege Urteil Grzegorz Stanislaw LG München I, Urteil vom 06.10.2020 – 1 Ks 128 Js 115661_18 – openJur. openJur 2020; 45387: 1–170
- [3] Sitford M. Addicted to Murder: The true story of Dr. Harold Shipman. London: Virgin Publishing Ltd; 2000
- [4] Yardley E, Wilson D. In Search of the 'Angels of Death': Conceptualising the Contemporary Nurse Healthcare Serial Killer. *Journal of Investigative Psychology and Offender Profiling* 2016; 13 (1): 39–55
- [5] Field J, Pearson A. Caring to death: the murder of patients by nurses. *International journal of nursing practice* 2010; 16 (3): 301–309
- [6] Lubaszka CK, Shon PC, Hinch R. Healthcare Serial Killers as Confidence Men. *J. Investig. Psych. Offender Profil* 2014; 11 (1): 1–28
- [7] Tilley E, Devion C, Coghlan AL et al. A Regulatory Response to Healthcare Serial Killing. *Journal of Nursing Regulation* 2019; 10 (1): 4–14
- [8] Yorker BC, Kizer KW, Lampe P et al. Serial murder by healthcare professionals. *Journal of forensic sciences* 2006; 51 (6): 1362–1371
- [9] Doberentz E, Ulbricht J, Madea B. Tötungsdelikte im Gesundheitswesen – Teil 1. *Rechtsmedizin* 2021; 31 (2): 155–172
- [10] Schmidt A. Der Fall Niels Högel: Serienmorde in Krankenhäusern. *der Kriminalist Bund Deutscher Kriminalbeamter* 2019; (3): 6–15
- [11] Landgericht Berlin. (522) 1 Kap Js 1904/06 Ks (1/07); 2007
- [12] Gude H, Hackenbroch V, Jüttner J. Die Schuld der anderen: Der Krankenpfleger Niels Högel tötete Patienten in Serie. Nun droht Klinikverantwortlichen der Prozess, weil sie ihn nicht gestoppt haben. *Hinweise gab es genug. Der Spiegel* 2016; 44: 52–55
- [13] Beine KH. Krankentötungen in Kliniken und Heimen: Aufdecken und verhindern. 2nd ed. Freiburg im Breisgau: Lambertus; 2011
- [14] Statistisches Bundesamt (Destatis). *Gesundheit: Grunddaten der Krankenhäuser – Fachserie 12 Reihe 6.1.1 – 2019*. Wiesbaden; 2021. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/grunddaten-krankenhaeuser-2120611197004.pdf;jsessionid=B526084A2294BA7E985C9E144990B61E.live?__blob=publicationFile
- [15] Bundeszentrale für Politische Bildung. *Bevölkerung nach Altersgruppen und Geschlecht: Soziale Situation in Deutschland*. Bonn; 2020. <https://www.bpb.de/kurz-knapp/zahlen-und-fakten/soziale-situation-in-deutschland/61538/bevoelkerung-nach-altersgruppen-und-geschlecht/>

- [16] Statistisches Bundesamt. Gesundheitspersonal nach Altersgruppen 2019. Wiesbaden, 2022
- [17] Ramsland KM. Inside the minds of healthcare serial killers: Why they kill. Westport Conn: Praeger Publishers; 2007
- [18] Csef H. Narzisstisch motivierte Patientenmorde: Eine Analyse von Mordserien durch Schwestern und Pfleger im 21. Jahrhundert. Heimat und Fremde; 2016. http://www.izpp.de/fileadmin/user_upload/Ausgabe_2_2016/005_Csef2_2016.pdf
- [19] Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L et al. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: A retrospective observational study. *The Lancet* 2014; 383: 1824–1830
- [20] Osterbrink J, Andratsch F. Gewalt in der Pflege: Wie es dazu kommt. Wie man sie erkennt. Was wir dagegen tun können. 1st ed. München: Beck; 2015
- [21] Merten M. Qualität mangelhaft: Die Dunkelzifferrate nicht erkannter Tötungsdelikte ist hoch, die Anzahl der Obduktionen gering. Ein (Muster-)Gesetzentwurf der Bundesärztekammer für die Leichenschau soll dies ändern. *Deutsches Ärzteblatt* 2003; 100 (40): 2558
- [22] Eisenberg U, Kölbl R. Kriminologie. 7th ed. Tübingen: Mohr Siebeck; 2017
- [23] Beine KH. Praxis der Sterbehilfe durch Ärzte und Pflegekräfte in deutschen Krankenhäusern. *Deutsche medizinische Wochenschrift* (1946) 2020; 145 (22): 123–129
- [24] Landgericht Wuppertal. 30 Ks 1/75 (46/75 V): 1976: 1–302
- [25] Landgericht Freiburg. Ks 1/77 – VII AK 47/79: 1981: 1–138
- [26] Landgericht Wuppertal. 25 Ks 26 Js 233/86 (21/88 V): 1989: 1–253
- [27] Landesgericht für Strafsachen Wien. 20k Vr 3624/90: 1991: 1–124
- [28] Landgericht Bielefeld. 10 Ks 46 Js 572/90 StA Bielefeld – L 1/92 X -: 1993: 1–166
- [29] Kriminalgericht Luzern. 01 04 43: 2005: 1–6
- [30] Landgericht Kempten 1 Ks 212 Js 14068/04. 1 Ks 212 Js 14068/04: 2006: 1–133
- [31] Landgericht Bonn. Ks 900 Js 581/05 – 24 G 3/05: 2006: 1–72
- [32] Landgericht Frankenthal. 1 Ks 5220 Js 43075/16: 2018: 1–248
- [33] Landgericht Oldenburg. 1. Prozess (5 Ks 7/06): 2006: 1–34
- [34] Landgericht Oldenburg. 2. Prozess (4 Ks 1/07): 2008: 1–29
- [35] Landgericht Oldenburg. 3. Prozess (4 Ks 1/07): 2015: 1–45
- [36] Landgericht Oldenburg. 4. Prozess (5 Ks 800 Js 54254/17 (1/18): 2019: 1–149
- [37] Landgericht Potsdam. 21 KS 6/21: 2021: 1–45