



Karl H. Beine

Krankentötungen in Kliniken und Heimen

Aufdecken und Verhindern

2. Auflage

LAMBERTUS

Karl H. Beine

Krankentötungen in Kliniken und Heimen

Aufdecken und verhindern

LAMBERTUS

Es gibt eben zweierlei Mitleid. Das eine, das schwachmütige und sentimentale, das eigentlich nur Ungeduld des Herzens ist, sich möglichst schnell freizumachen von der peinlichen Ergriffenheit vor einem fremden Unglück, jenes Mitleid, das gar nicht Mit-leiden ist, sondern nur instinktive Abwehr des fremden Leidens von der eigenen Seele. Und das andere, das einzig zählt – das unsentimentale, aber schöpferische Mitleid, das weiß, was es will, und entschlossen ist, geduldig und mitduldend alles durchzustehen bis zum Letzten seiner Kraft und noch über dies Letzte hinaus.

(Stefan Zweig 2011: 16)

Bibliographische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliographie; detaillierte bibliographische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

2., überarbeitete Auflage

Alle Rechte vorbehalten

© 2011, Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau
www.lambertus.de

Umschlag: Nathalie Kupfermann, Bollschweil

Herstellung: Druckerei Franz X. Stückle, Ettenheim
ISBN 978-3-7841-2059-1

Prolog

Im Dezember 1990 wurde Wolfgang L. verhaftet. Er war damals Krankenpfleger in einer Gütersloher Klinik. Es stellte sich heraus, dass er an seinem Arbeitsplatz kranke Menschen getötet hatte. Ich hatte in dieser Klinik und auch mit Wolfgang L. gearbeitet und kannte eines seiner Opfer.

Ärztlicher Direktor der Klinik war zu der Zeit Prof. Klaus Dörner, mein psychiatrischer Lehrer und Förderer. Geprägt durch die jahrzehntelange Beschäftigung mit der Psychiatriegeschichte, ein besonderer Schwerpunkt bildete die Auseinandersetzung mit der nationalsozialistischen Ideologie des Dritten Reiches, steht er – wie kaum ein anderer – für die Unverfügbarkeit des menschlichen Lebens durch andere Menschen ein. Wie konnte eine solche Tötungsserie geschehen – warum ausgerechnet hier? Was können wir tun, um solche abscheulichen Taten in Zukunft zu verhindern? In Gesprächen mit ihm in dieser Zeit entstand die Idee, das abgründige Phänomen der Krankentötungen genauer zu untersuchen, um ein Ziel zu erreichen: die Wiederholung zu verhindern. Das war der Beginn meiner Auseinandersetzung mit diesem Thema: 1998 erschien die erste Studie. (Beine K.H. 1998) Zu dieser Zeit war das Urteil gegen Wolfgang L. schon seit vier Jahren rechtskräftig. Weitere Tötungsserien in Kliniken und Heimen wurden hier in Deutschland einige Zeit lang nicht bekannt. Das hat sich geändert: Seit 2004 sind mehrere Tötungsserien in Kliniken und Heimen aufgedeckt worden. So lag es nahe, das Buch zu überarbeiten.

Danken möchte ich den Angehörigen der Opfer, deren Namen geändert wurden. Im Wissen darum, dass die folgenden Darstellungen Wunden aufreißen können, hoffe ich darauf, dass es auch hilfreich ist, nachlesen zu können, was geschehen ist und über vergleichbare Tötungsserien andernorts zu erfahren.

Bei den in dieser Studie untersuchten Tötungsserien sind charakteristische Warnzeichen und Risikokonstellationen übersehen worden und notwendige Reaktionen von Kollegen und Vorgesetzten ausgeblieben.

Besonders Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Gesundheitsberufen, aber auch die Öffentlichkeit müssen um diese Straftaten wissen. Nur so kann es gelingen, gefährliche Entwicklungen in der eigenen Umgebung

Prolog

zu verhindern, mindestens aber zu erkennen und vorschnelle Beschuldigungen ebenso zu vermeiden wie das Übersehen von Risikofaktoren.

Wir müssen uns mit diesem beunruhigenden Phänomen der Krankentötungen in Kliniken und Heimen auseinandersetzen, wenn wir das Ziel erreichen wollen: Krankentötungen zu verhindern.

Krankentötungen: Aufdecken und verhindern

Seit 1975 sind weltweit eine ganze Reihe von Tötungsserien in Kliniken und Heimen vorgekommen. Allein im deutschen Sprachraum waren es neun Fälle mit 109 Opfern (s. S. 346ff.).

Man muss wissen, dass es kaum einen Tatort gibt, an dem es so schwierig ist, vorsätzliche Tötungen aufzudecken. Das Sterben und der Tod kommen hier häufig vor und wenn ein Patient oder ein Bewohner stirbt, dann ist das gewöhnlich kein Ereignis, das Misstrauen erregt. Die Tötungs-handlungen erscheinen fast immer als normale, medizinisch-pflegerische Verrichtungen. Niemand rechnet hier mit Tötungen, weil an diesen Orten gefährdetes Leben unter besonderem Schutz steht und die Mitarbeiter sich dem Erhalt und der Pflege des menschlichen Lebens verschrieben haben. Tatorte, Tatabläufe und Täter werden für gewöhnlich überhaupt nicht mit Mord und Totschlag in Verbindung gebracht. Außerdem ist es für jede Einrichtung ja einer der größten denkbaren Schäden, wenn ein eigener Mitarbeiter schutzbefohlene Patienten oder Bewohner vorsätzlich tötet. Dies sind einige Gründe dafür, warum die Taten so schwer erkennbar und die Aufdeckungsbarrieren so hoch sind.

Gerade deshalb dürfen derartige Straftaten für die eigene Einrichtung, den eigenen Arbeitsplatz nicht ausgeschlossen werden. Tötungsserien können eben nicht nur „nebenan“ vorkommen, sondern auch im eigenen Haus. Nur wenn man solche Vorkommnisse für das eigene Tätigkeitsfeld nicht gänzlich ausschließt, nach dem Motto „bei uns unmöglich“, kann an die Stelle gefährlicher Arglosigkeit eine menschenfreundliche Achtsamkeit treten. Diese Achtsamkeit ist die Grundvoraussetzung dafür, dass Frühwarnzeichen erkannt und vorbeugend gehandelt werden kann.

Täterspezifische Frühwarnzeichen

- Häufung von unerwarteten Todesfällen während der Dienstzeit eines Mitarbeiters,
- überzufällig häufige Anwesenheit eines Kollegen bei Notfallsituatio-nen,
- auffällige „Prognosen“ über den Todeszeitpunkt der späteren Opfer bis hin zu verdeckten Selbstanzeigen,
- häufige eigenmächtige Verabreichung unverordneter Medikamente,
- Gefühl, unterschätzt zu werden, zu wenig Beachtung zu bekommen,
- Persönlichkeitsveränderung bei einem Teammitglied, zum Beispiel vermehrter Rückzug, distanziert-kühle Umgehensweisen, Flapsigkeit, zynische und verbitterte Kommentare, innere Starre,

- Außenseiterstellung des späteren Täters im Team, Ausschluss von privaten Feiern, distanzierter Umgang des Teams, verstärkter Rückzug in den Nachtdienst,
- verrohter, zynischer und entwertender Sprachstil, sarkastische, entwertende Witze,
- auffällige Veränderungen des Dokumentationsstils, zum Beispiel ausführlicher, anschaulicher oder mit Verteidigungscharakter,
- besondere Nähe der späteren Täter zu ihren Vorgesetzten, zum Beispiel bei Michaela R., bei Michaela G. oder bei Stephan L.,
- Lügengeschichten des späteren Täters, zum Beispiel Tímea F., Michaela R. oder Michaela G.

Umgebungsspezifische Frühwarnzeichen

- Häufung von Todesfällen in Anwesenheit eines Mitarbeiters oder einer Schicht, die zu diesem Zeitpunkt nicht erwartet wurden,
- nachlässige Leichenschau, niedrige Obduktionsrate,
- Fehlbestände bei den Medikamenten,
- alarmierende Spitznamen, zum Beispiel Todesengel, Vollstrecker,
- stillschweigendes Einverständnis oder gar kaschierte Handlungsauforderungen von Kollegen, wie zum Beispiel „geh mit, vielleicht geht's dann schneller“,
- langandauernde, schwelende Konflikte am Arbeitsplatz, die nicht angesprochen werden,
- widersprüchliche Handlungsanweisungen,
- Beschwerden von Patienten oder Angehörigen über den späteren Täter, der durch besonders grobes und wenig einfühlsames Verhalten und einen rüden Umgangston auffiel,
- Kritik von Kollegen über gravierende Nachlässigkeiten bei vereinbarten oder angeordneten Maßnahmen,
- Ausbleiben angemessener Reaktionen der Vorgesetzten auf die vorgebrachte Kritik am späteren Täter. Im Gegenteil: Mitunter wurden die Beschwerdeführer zurückgewiesen und aufgefordert, die üble Nachrede zu beenden,
- resignatives Arbeitsklima. Die angesprochenen Regelverstöße haben keine Beachtung gefunden und so entsteht der Eindruck, als seien die Vorgesetzten nicht wirklich interessiert, als sei es nicht wichtig, ob jemand grob mit Patienten umgeht, eine respektlose Sprache verwendet oder seine Aufgaben unzureichend erledigt.

Die Fallanalysen zeigen, dass es das einzelne, entscheidende Frühwarnzeichen nicht gibt. Es gibt aber Risikokonstellationen, wenn mehrere Täter- und umgebungsspezifische Frühwarnzeichen zusammenkommen.

Deswegen ist es so wichtig, dass frühzeitig bemerkt wird, wenn – während der Dienstzeit eines Mitarbeiters oder einer Schicht – eine Häufung von Todesfällen eintritt, die zu diesem Zeitpunkt (noch) nicht erwartet wurden. Das ist keine Erkenntnis, die beiläufig entsteht, sondern sie bedarf der besonderen Aufmerksamkeit. Verdächtig ist im Krankenhaus oder im Heim ja nicht der Tod eines Menschen, zumal es sich bei den Opfern überwiegend um betagte, mehrfach erkrankte Menschen handelt. Auffällig war fast immer „nur“ der Zeitpunkt. Der Verdacht, dass es sich um unnatürliche Todesfälle handelt, ist in der Vergangenheit auch deshalb so spät entstanden, weil natürlich auch ohne Fremdeinwirkungen plötzliche und unerwartete Todesfälle vorkommen und Häufigkeitsschwankungen selbstverständlich sind.

Trotz dieser Schwierigkeiten ist es für die Früherkennung einer gefährlichen Entwicklung von zentraler Bedeutung, dass es auffällt, wenn Todesfälle, die zu diesem Zeitpunkt nicht erwartet wurden, gehäuft auftreten. Es muss frühzeitig registriert werden, wenn ein Mitarbeiter häufiger als andere Kollegen bei diesen Todesfällen im Dienst ist. In gleicher Weise ist besondere Aufmerksamkeit erforderlich, wenn es zu einer außergewöhnlichen Häufung von Notfällen in der Dienstzeit eines einzelnen Kollegen kommt.

Als sehr verdächtig muss gewertet werden, wenn für Mitarbeiter einschlägige Spitznamen verwendet werden, im Kollegenkreis Bemerkungen über schwerkranke Patienten fallen wie: „Die will ich morgen hier nicht mehr sehen.“ Wenn dann sich dann noch ein Teammitglied vermehrt zurückzieht, in der Arbeitsgruppe eine auffällig rohe Sprache verwendet und von den Vorgesetzten auf geäußerte Kritik nicht reagiert, dann sollten Kollegen und Vorgesetzte alarmiert sein.

Es gilt, Verbindungen herzustellen zwischen einzelnen Beobachtungen und Vorkommnissen, bei denen vordergründig kein Zusammenhang besteht. Erst dann, wenn ein solcher Verdacht offen ausgesprochen ist, können Gegenmaßnahmen eingeleitet werden.

Eine Intervention in einer solch schwierigen und unsicheren Situation muss mit großer Umsicht erfolgen, weil es sein kann, dass ein Teammitglied zu Unrecht mit einem Verdacht konfrontiert wird. Andererseits

trägt eine versäumte Reaktion bei zutreffendem Verdacht dazu bei, dass der Täter stillschweigendes Einverständnis unterstellt (s. S. 379) und weitere Opfer hinzukommen. Wenn es einen begründeten Verdacht gibt, dann müssen die Auffälligkeiten unmittelbar mit dem Mitarbeiter besprochen werden. Die Gruppe muss informiert werden. Auf keinen Fall darf eine Reaktion verzögert werden oder gar ausbleiben.

In einer solchen Situation sollten Kollegen und Vorgesetzte durch einen offenen Umgang deutlich machen, dass die Risiken gesehen und nicht verschwiegen werden. Das Recht von schutzlosen Patienten oder Bewohnern auf Behandlung und Pflege, die ihrem Wohl dienen und ihnen auf keinen Fall schaden, muss vorrangig betont und durchgesetzt werden, ohne dass dabei die Interessen des Mitarbeiters oder das Arbeitsklima unberücksichtigt bleiben. Lässt sich ein Verdacht nicht eindeutig entkräften oder es kommt gar zu weiteren suspekten Vorkommnissen, wie zum Beispiel Fehlbeständen bei den Medikamenten, dann muss über die Möglichkeit einer Strafanzeige verantwortlich beraten und entschieden werden.

Wünschenswert ist es, die Mitarbeiter über diese Abwägungsprozesse zu informieren. Auf diese Weise lässt sich für die eigene Einrichtung zweifelsfrei und für alle erkennbar klarstellen: Ernsthaften Hinweisen auf grenzverletzendes oder gar schädigendes Verhalten gegenüber Patienten gehen wir nach und ziehen die notwendigen Konsequenzen, um den Schutz der Patienten und Bewohner sicherzustellen.

Andererseits gehen wir fürsorglich mit unseren Kollegen und Mitarbeitern um, wägen gewissenhaft und transparent ab, ohne vorschnellen Anschuldigungen unnötiges Gewicht zu verleihen, aber auch ohne gewichtige Frühwarnzeichen zu übersehen oder zu verschweigen.

Prävention

Um das Risiko für solche gefährlichen Entwicklungen zu minimieren, ist eine ganze Reihe von Maßnahmen hilfreich.

Zunächst sollte bei der Bewerberauswahl und unter den Berufsanfängern die Reflexion der Motive für die Berufswahl mehr Beachtung finden. Bei einer ganzen Reihe von ihnen spielt die unausgesprochene Hoffnung eine Rolle, sich selbst besser helfen zu können, indem sie lernen, anderen zu helfen. Solche – meist unerkannten – Motive können Hinweis sein auf eine erhöhte Selbstunsicherheit, die eine verstärkte Abhängigkeit von äußerer Anerkennung wahrscheinlich macht.

Des Weiteren sollte während der Ausbildung und auch im Rahmen von Fort- und Weiterbildungen über das Phänomen der Krankentötungen in Einrichtungen des Gesundheitswesens informiert werden. Die täter- und umgebungsspezifischen Frühwarnzeichen sollten bekannt sein und ein Bewusstsein dafür vorhanden sein, dass grundsätzlich keine Einrichtung davor geschützt ist, zum Tatort derartiger Tötungsserien zu werden.

In allen Kliniken und Heimen sollte dem kontinuierlichen Monitoring der Häufigkeit von Todesfällen und die Analyse der Todesumstände und Anwesenheitszeiten von Mitarbeitern erhöhte Aufmerksamkeit geschenkt werden.

Die Bestellung, Lagerung und Vergabe der Medikamente muss so ausgestaltet sein, dass Unregelmäßigkeiten sofort auffallen und entsprechend untersucht werden.

Die Qualität der Leichenschauen muss dringend verbessert werden. Im Zweifel sollten Ärzte darauf verzichten, vorschnell eine natürliche Todesursache zu bescheinigen. Dann werden eine polizeiliche Untersuchung und eine Obduktion durchgeführt.

Die Patientensicherheit lässt sich darüber hinaus verbessern durch Möglichkeiten zur anonymen Meldung kritischer Ereignisse: Critical Incident Report System. Das ist ein freiwilliges und anonymes Berichtssystem über Schäden, Patienten- beziehungsweise Angehörigenbeschwerden, Behandlungs- oder Pflegefehler, das allen Mitarbeitern im Krankenhaus oder im Heim zugänglich ist. (Kahla-Witzsch H. A. 2007)

Aber fundierte Aufklärung über Risikokonstellationen und organisatorische Verbesserungen sind für die bestmögliche Prävention noch nicht

ausreichend. Für die schwere Arbeit mit Patienten und Bewohnern in Kliniken und Heimen sind die Mitarbeiter auf eine angemessene Unterstützung angewiesen. An fast allen Tatorten ist eine erstaunliche Ignoranz gegenüber auffälligen Teamprozessen und Regelverstößen in der Einrichtung anzutreffen: die Verschlechterung der Arbeitsatmosphäre, die Marginalisierung eines Mitarbeiters, die zunehmende sprachliche Verrohung, Gewalttätigkeiten und verbale Entgleisungen gegenüber Patienten bis dahin, dass Vorgesetzte kritische Rückmeldungen nicht ernst nahmen, liegen ließen oder aktiv zurückwiesen. Es drängen sich die Fragen auf, warum sich niemand gegen diese Entwicklung stemmte, warum niemand das direkte Gespräch mit dem verdächtigen Kollegen suchte?

Dort wo Tötungsserien in Einrichtungen des Gesundheitswesens geschahen, hatte sich über längere Zeit hinweg eine gefährliche Gleichgültigkeit gegenüber zunächst kleineren, im Laufe der Zeit größeren Regelverstößen entwickelt. Beginnend mit konsequenzlos gebliebenen Nachlässigkeiten in der vorgeschriebenen Aufgabenerledigung, über eigenmächtig verabreichte Medikamente bis hin zu tolerierten Gewalttätigkeiten oder Beschimpfungen von Patienten, nahmen die geduldeten Übergriffe und Regelverletzungen zu. Die Reaktionen von Vorgesetzten blieben aus oder waren im Ergebnis unzureichend. Einzelne Kollegen, die sich an Vorgesetzte wendeten, wurden abgewiesen.

Indem diese erkennbaren und festgestellten Missstände nicht offen angesprochen und abgestellt wurden, entwickelten sich Resignation und Gleichgültigkeit. Das eigene Engagement für die Beseitigung der Defizite erlahmte. Die Beobachtungen und Wahrnehmungen wurden meist an die nächsthöhere Hierarchieebene weitergeleitet und damit die eigene Verantwortung nach oben delegiert, ohne dass auf diesem Weg Verbesserungen eintraten. In der Folge wurden auch größere Regelverstöße toleriert, bagatellisiert oder verschwiegen. Von den später als Täter identifizierten Kollegen wurden solche Verhältnisse als verdeckte Zustimmung gedeutet.

Um derartigen Entwicklungen vorzubeugen, muss Achtsamkeit vorgelebt werden, die bereits kleine Unzulänglichkeiten, Regelverstöße oder Fehler registriert und anspricht, sie weder bagatellisiert noch dramatisiert. Mit dieser Achtsamkeit können Überforderungen und ein offensichtlich schlechtes Befinden von Kollegen oder Mitarbeitern registriert und zum Thema gemacht werden. Kollegiale Fürsorge und die Unterstützung der Vorgesetzten ist hier notwendig, aber auch ganz praktische Ab-

hilfe durch entsprechende Dienstplangestaltung, Auszeiten, Urlaube oder professionelle Beratung. Insgesamt geht es darum, eine Arbeitsatmosphäre zu schaffen und kontinuierlich zu pflegen, in der eigene Belastungen und eigene Grenzen, aber auch die Beobachtungen und Konflikte im Kreis der Kollegen angesprochen werden können. Das gelingt in der Regel nur, wenn Wertschätzung und Respekt vorhanden sind, gegenüber Patienten und Bewohnern, aber auch der Mitarbeiter untereinander. Dazu bedarf es neben einer angemessenen Vergütung der Anerkennung dieser schweren Arbeit durch die Vorgesetzten und deren Anwesenheit vor Ort. Diese Präsenz ist Voraussetzung dafür, dass Vertrauen entsteht, eine niedrigschwellige Ansprechbarkeit vorhanden ist und frühe Warnzeichen erkannt werden können.

Regelmäßige Teamkonferenzen sind unersetzlich, ebenso wie Aus- und Fortbildungsveranstaltungen zu fachlichen und ethischen Fragestellungen.

Zur Ausbildung und zum Erhalt einer solchen Arbeitsatmosphäre sind regelmäßige, berufsgruppenübergreifende klinische Fallkonferenzen notwendig, in denen die unterschiedlichen Sichtweisen und Einschätzungen der Mitarbeiter ausgetauscht und im Kollegenkreis offen besprochen werden können.

Eine Verbesserung und Intensivierung dieser Bemühungen ist durch eine externe Supervision erreichbar. Hier werden dann die Beziehungen der einzelnen Mitarbeiter zu Patienten oder Bewohnern, aber auch untereinander, zum Thema. Ziel ist es, die eigenen Gefühle und Befindlichkeiten unter Einbeziehung der Eindrücke und Wahrnehmungen der Kollegen bewusst zu reflektieren und zu klären. Insgesamt geht es um die Förderung sozialer und kommunikativer Kompetenzen, einer verbesserten Wahrnehmung eigener Belastungen und insbesondere um eine Befähigung für einen angemessenen Umgang mit Konflikten am Arbeitsplatz.

Diese hier skizzierten Maßnahmen und im Bedarfsfall zusätzliche weitere Interventionen, zum Beispiel externe Beratung oder externes Coaching, sind – in unterschiedlicher Ausgestaltung und Intensität – sicher in jeder Einrichtung unverzichtbar. Enthält man den Mitarbeitern die Optimierung der organisatorischen Abläufe und die kompetenzsteigernden Möglichkeiten vor, dann ist das ein gravierender Fehler, der die Patientensicherheit gefährdet.

Respektvoller und wertschätzender Umgang der Menschen in einer Einrichtung lässt sich aber mit optimalen organisatorischen Abläufen, stützenden Kontrollen, einem adäquaten Umgang mit Fehlern, einer kontinuierlichen Pflege der Teamprozesse und der Arbeitsatmosphäre allein nicht sicherstellen.

Hinzukommend muss – beginnend bei der Leitung – auf den verschiedenen Hierarchieebenen der Einrichtung das wirkliche Interesse an Patienten, Bewohnern und Mitarbeitern vorhanden sein und sichtbar werden. Vorgelebt werden muss von den Vorgesetzten die Grundhaltung, dass die eigene Einrichtung ein besonders sicherer Ort für Patienten oder Bewohner ist. Weder übertriebenes Misstrauen noch naive Arglosigkeit, weder kleinliche Fehlersuche noch das Bagatellisieren gravierender Regelverstöße, sondern Kompetenz in fachlicher und sozialer Hinsicht ist von der Führung und den Mitarbeitern gefordert, und nicht zuletzt die Fähigkeit, vorhandene Konflikte verantwortlich anzugehen und auf vorhandenen Missstände couragiert hinzuweisen.

Ein solcher respektvoller und wertschätzender Umgang in Kliniken und Heimen ist selbstverständlich davon abhängig, wie öffentlich gesprochen wird. Und in der Öffentlichkeit ist die Rede von der „Überalterung“ oder gar vom „Altenberg“, von der „Kostenexplosion im Gesundheitswesen“ und von den „Soziallasten“. Diese Redeweisen zeugen nicht von der notwendigen Anerkennung, sie tragen bei zur Entwertung von alten und kranken Menschen, aber auch von Mitarbeitern in Kliniken und Heimen. Und nicht zuletzt werden Form und Inhalt der öffentlichen Diskussion die Entscheidungen über die Bereitstellung von personellen und materiellen Ressourcen im Gesundheits- und Sozialbereich beeinflussen. Die gesellschaftliche Wertschätzung und eine entsprechende Ausstattung sind aber für die Verhältnisse in den einzelnen Einrichtungen von großer Bedeutung. Es muss darum gehen, sensibel und wachsam Tendenzen zu erkennen und entgegenzutreten, die alte, kranke, behinderte und sterbende Menschen entwerten. Dies sind notwendige Voraussetzungen für humane Verhältnisse in Kliniken und Heimen. Hinzukommen müssen qualifizierte Mitarbeiter und verantwortungsvolle Vorgesetzte.

Schließlich darf kein Zweifel daran zugelassen werden, dass menschliches Leben uneingeschränkt schützenswert ist, auch wenn ein Mensch krank ist und sein Leben voraussichtlich nicht mehr lange dauern wird. Dieser Grundsatz muss für alle gelten, besonders für die Mitarbeiter in Kliniken und Heimen, deren Kernaufgabe dieser Lebensschutz ist, aber

auch für alle anderen: Den Wert eines Lebens vermag niemand von außen zu beurteilen, es gibt kein Maß, keine Kriterien. Schwer kranke und sterbende Menschen bewerten die Qualität ihres Lebens etwa so, wie gesunde Menschen die Qualität ihres Lebens beurteilen. Diese im direkten Kontakt mit schwer kranken und sterbenden Menschen alltägliche Erfahrung ist vielfach wissenschaftlich bestätigt worden. (Lulé D. 2008) Es ist die Außenansicht der Gesunden, die krankem oder sterbendem Leben den Wert abspricht. Der Auffassung von kranken oder sterbenden Menschen selbst entspricht diese Unterstellung nicht, sie hängt wohl eher mit den unerträglichen, abgewehrten Ängsten der Täter vor eigenem Leiden, eigener Hinfälligkeit, vor Sterben und Tod zusammen. Aus dieser Quelle speist sich auch ein Mitleidsverständnis, das nicht fragt nach den Wünschen und Bedürfnissen der Opfer, sondern sich anmasst, kranke Menschen zu töten und anschließend dieses Kapitaldelikt umdeutet zu einer Tat, die die Leiden lindert oder gar die Würde des Menschen wiederhergestellt hat. Diese Würde ist aber nicht bedroht durch Krankheit oder das Sterben selbst. Die Menschenwürde ist gefährdet, wenn die Lebensbedingungen kranker und sterbender Menschen gekennzeichnet sind durch fehlendes oder unqualifiziertes Personal, unzureichende Behandlung von Schmerzen und Ängsten, durch Ausgrenzung und Entwertung und nicht zuletzt durch fehlende Zuwendung.

Diesen Gefährdungen muss in Kliniken und Heimen entgegengewirkt werden. Dazu sind die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auf die notwendige materielle und moralische Unterstützung angewiesen, wenn Kliniken und Heime sichere Orte bleiben – und nicht noch häufiger zu Tatorten werden sollen.

Prüffragen zur Risikobewertung in der eigenen Einrichtung

Abschließend einige Fragen, die Sie sich als Mitarbeiterin oder als Mitarbeiter einer Einrichtung im Gesundheitswesen stellen können, um den Gefährdungen an ihrem eigenen Arbeitsbereich auf die Spur zu kommen. Die Fragen sind gedacht als Anregungen für einen Reflexionsprozess, der die Auseinandersetzung mit sensiblen Punkten fördern soll.

- Würden wir Auffälligkeiten bei der Anzahl der Todesfälle und/oder den Umständen in Verbindung mit Anwesenheitszeiten von Mitarbeitern kurzfristig registrieren?
- Ist genügend Achtsamkeit für Teamprozesse vorhanden? Werden z.B. Kollegen ausgegrenzt? Werden Regeln nicht beachtet, ohne dass darauf reagiert wird? Gibt es Hinweise auf eine verrohte Sprache?
- Ist ein respektvoller und wertschätzender Umgang der Mitarbeiter untereinander, gegenüber Patienten und Bewohnern vorhanden?
- Hat eine Mitarbeiterin/ein Mitarbeiter einen verdächtigen Spitznamen?
- Fördern wir die sozialen und kommunikativen Kompetenzen unserer Mitarbeiter, die Selbstwahrnehmung und den Umgang mit Konflikten hinreichend?
- Gibt es bei uns die Möglichkeit zur anonymen Meldung kritischer Ereignisse: Critical Incident Report System?
- Führen wir regelmäßigen Austausch in berufsübergreifenden klinischen Fallkonferenzen durch?
- Reichen unsere Fort- und Weiterbildungen aus?
- Ist es hilfreich, jetzt (zusätzlich?) Balint Gruppen, externe Supervision und/oder Coaching einzuführen?
- Ist die Qualität der Leichenschau in unserem Haus ausreichend?
- Wie gut ist unsere Medikamentenkontrolle? Würden Fehlbestände sofort auffallen, könnten Sie Personen zugeordnet werden?
- Teilen wir in unserem Haus alle die Überzeugung, dass menschliches Leben uneingeschränkt schützenswert ist, auch wenn es voraussichtlich nicht mehr lange dauert?
- Begegnen wir gesellschaftlichen Entwertungstendenzen von alten, kranken, behinderten, sterbenden Menschen mit der ausreichenden Deutlichkeit?

Der Autor

Prof. Dr. Karl H. Beine, Facharzt für Nervenheilkunde und Psychotherapeutische Medizin, ist seit 1999 Chefarzt der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik am St. Marien-Hospital in Hamm und Lehrstuhlinhaber für Psychiatrie und Psychotherapie an der privaten Universität Witten/Herdecke.

