

„Aggression und Gewalt in der Pflege“

Seniorenresidenz Helene Donner gGmbH
der DRK-Schwesternschaft Hamburg e.V
Damm 12-14. 25421 Pinneberg

Was ist Gewalt?

Meines Wissens hat sich im deutschen Sprachraum bisher keine allgemeingültige Definition zur Gewalt durchgesetzt. Gewaltdefinitionen unterscheiden sich je nach Zugangsweise (Psychologie, Medizin, Soziologie, Justiz, Polizei, usw.). In der Alten- und Krankenpflegeausbildung werden folgende Definitionen für „Aggressives Verhalten und Gewalt“ vermittelt.

Aggressives Verhalten

„Aggressives Verhalten liegt nur dann vor, wenn die Absicht der Schädigung bei einem Täter vorhanden ist. Wenn also eine Person absichtlich etwas macht oder unterlässt, um eine psychische oder physische Beeinträchtigung einer anderen Person herbeizuführen, verhält sie sich aggressiv. Aggression wird aufgrund der Intention definiert.

Im üblichen Begriff der Aggression steckt weiterhin auch die Aggression als Gefühl, also derjenigen Wut (oder schwächer: Ärger), die man als aggressive Gefühle bezeichnen kann, die aber lange noch nicht zur aggressiven Handlung führen müssen.“ⁱ

Gewalt

„Es wird immer dann von Gewalt gesprochen, wenn eine Person zum „Opfer“ wird, d.h. vorübergehend oder dauernd daran gehindert wird, ihrem Wunsch oder ihren Bedürfnissen entsprechend zu leben. Gewalt heißt also, dass ein ausgesprochenes oder unausgesprochenes Bedürfnis des Opfers missachtet wird. Dieses Vereiteln einer Lebensmöglichkeit kann durch eine Person verursacht sein (personale Gewalt) oder von institutionellen oder gesellschaftlichen Strukturen ausgehen (strukturelle Gewalt). Bei der personalen Gewalt erscheint darüber hinaus die Unterscheidung zwischen aktiver Gewaltanwendung im Sinne der Misshandlung, und passiver Gewaltanwendung im Sinne der Vernachlässigung. Gewalt sollte immer aus der Sicht des geschädigten Opfers definiert werden.“ⁱⁱⁱ

Gewalt gegen Pflegebedürftige - Statistik

Im Jahre 2002 erschien der „Vierte Altenbericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland“. Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) konstatierte, dass über „das Ausmaß von Gewalt gegen alte und hochaltrige Menschen [...] bislang noch zu wenig bekannt [ist]“. Erste Anhaltspunkte wurden schon 2001 in einer Pressemitteilung veröffentlicht.

- Demnach werden „circa 600 000 ältere Menschen oder 6,6 % der 60- bis 75-Jährigen Opfer innerfamiliärer Gewalt; rund 340 000 erleiden körperliche Gewalt (Näheres hierzu siehe unten).
- Das Spektrum der Gewalt reicht von Vernachlässigung und seelischer Misshandlung über finanzielle Ausnutzung, Freiheitseinschränkung bis hin zu körperlicher Gewalt.
- Gewalt tritt oft in engen sozialen oder privaten Beziehungen auf.
- Über zwei Drittel der Fälle von Gewalt treten in familiären Beziehungen auf. Nur ein Bruchteil davon wird bekannt.“ⁱⁱⁱ

Die Ergebnisse des 4. Altenberichts beziehen sich auf eine Studie des Kriminologischen Forschungsinstituts Niedersachsen (KFN-Studie) von 1992.^{iv}

Durch den Pflegebericht des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) und der Pflegekassen, der sich auf die Jahre 2004 bis 2006 bezieht, kam auch das Thema Gewalt in der Pflege 2007 wieder auf. Bei jedem zehnten Heimbewohner und bei 5,7 Prozent der Pflegebedürftigen zu Hause wurde ein "akut unzureichender Pflegezustand" festgestellt. „Mehr als 3700 Qualitätsprüfungen bei ambulanten Pflegediensten und rund 4200 Qualitätsprüfungen in stationären Pflegeeinrichtungen liegen der Analyse zugrunde. [...] Nach wie vor gibt es gravierende Mängel bei Ernährung und Flüssigkeitsversorgung der Pflegebedürftigen. Bei etwa jedem dritten Pflegefall (Heime: 34,4 Prozent; ambulante Pflege: 29,6 Prozent) stellten die Prüfer Defizite fest.“^v

Auch zur so genannten „Gewalt im sozialen Nahraum“ gibt es sehr wenig Erkenntnisse.

Das Kriminologische Forschungsinstitut Niedersachsen e.V. (KFN) führt seit 2004 die Studie "Kriminalität und Gewalt im Leben alter Menschen" in Hannover durch.^{vi} Es wurde eine so

genannte Bevölkerungsbefragung (n=3.030), eine schriftlichen Befragung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ambulanter Pflegedienste (n=503) und eine qualitative Interviewstudie in häuslichen Pflegesettings durchgeführt, bei der Pflegebedürftige, pflegende Angehörige und ambulante Kräfte befragt wurden (178 Interviews und vier Gruppengespräche). „Die Beteiligung sowohl auf der Ebene der Dienste als auch der MitarbeiterInnen war erfreulich hoch; die Teilnahmequote der Pflegekräfte lag bei rund 43%.“

Folgende zentrale Punkte wurden festgehalten:

- „rund 40% der Befragten berichteten für den Zeitraum der letzten 12 Monate mindestens ein einschlägiges Vorkommnis. Die berichteten Verhaltensweisen liegen allerdings primär im unteren Schwerebereich und konzentrieren sich auf die Bereiche der Vernachlässigung, der verbalen Aggression / psychischen Misshandlung sowie problematischer Formen der Freiheitseinschränkung (letztere offenbar primär auf Wunsch von Angehörigen und weniger aus eigener Initiative). Soweit physische Gewalt berichtet wird, handelt es sich überwiegend um Fälle des "groben Anfassens" Pflegebedürftiger durch Pflegenden.“
- „Als bedeutsames Problemverhalten wurde in der Studie angesehen, wenn eine Pflegekraft angegeben hatte, „dass sie mindestens fünfmal in den vergangenen 12 Monaten einen Pflegebedürftigen beschimpft, angeschrien, grob angefasst, respektlos behandelt, ausgelacht, seine Mundpflege vernachlässigt, ihn nicht rechtzeitig gelagert, ihn absichtlich länger als nötig auf Hilfe warten lassen, ihn absichtlich nicht gewaschen, seine Wäsche trotz Inkontinenz nicht gewechselt, ihm nicht genug zu essen oder zu trinken gegeben oder seiner Verletzung nicht sorgfältig genug versorgt hatte.“^{vii}
- „Bedeutsames Problemverhalten“ wurde auch angenommen, wenn eine Pflegekraft weniger als fünfmal in den letzten 12 Monaten die oben genannten Verhaltensmuster zeigte, aber eine gewisse „Breite“ problematischen Verhaltens aufwies. Also mindestens drei Verhaltensweisen für den Zeitraum der letzten 12 Monate jeweils mindestens einmal berichtete.
- Aber es gibt auch Verhaltensweisen, die als so gravierend und mit dem pflegerischen Berufsethos als unvereinbar angesehen werden, wenn sie einmalig innerhalb der

letzten 12 Monate vorkamen. Folgende Verhaltensmuster wurden berichtet:
„verprügeln; Ohrfeigen; würgen; treten; mit der Faust schlagen; absichtlich zu heiß oder zu kalt baden/duschen; schubsen oder stoßen; sexuell belästigen; beruhigende Medikamente geben, um weniger Mühe zu haben; fixieren, um weniger Mühe zu haben; Geld/Wertgegenstände unerlaubt wegnehmen; absichtlich falsche Rechnungen ausstellen; absichtlich beleidigen; andere lächerlich machen; mit Worten bedrohen; absichtlich ärgern; Schamgefühl absichtlich verletzen.“^{viii}

Nicht berichtet wurde, dass Pflegekräfte Patienten auch töten.^{ix}

Verhalten von Pflegebedürftigen gegenüber Pflegekraft

Die Forscher des Kriminologischen Forschungsinstituts Niedersachsen e.V. (KFN) interessierten sich auch für die Gewalt, die Pflegebedürftige gegen das Pflegepersonal anwenden:

Patienten beleidigen, beschimpfen, verbreiten Unwahrheiten, bedrohen mit Worten, belästigen sexuell, fassen grob an, kratzen, werfen mit Gegenstand nach PK, sie stoßen, treten, bespucken, schlagen mit Faust, beißen, ziehen an den Haaren, sie geben Ohrfeigen, schlagen mit Gegenstand, bedrohen mit Waffe, verprügeln, bestehlen, setzen Waffe ein, blocken alles, sind ausländerfeindlich, lügen, unterstellen einen Diebstahl und haben versucht, Kollegen gegen andere Kollegen aufzuhetzen, sie auszuhorchen.^x

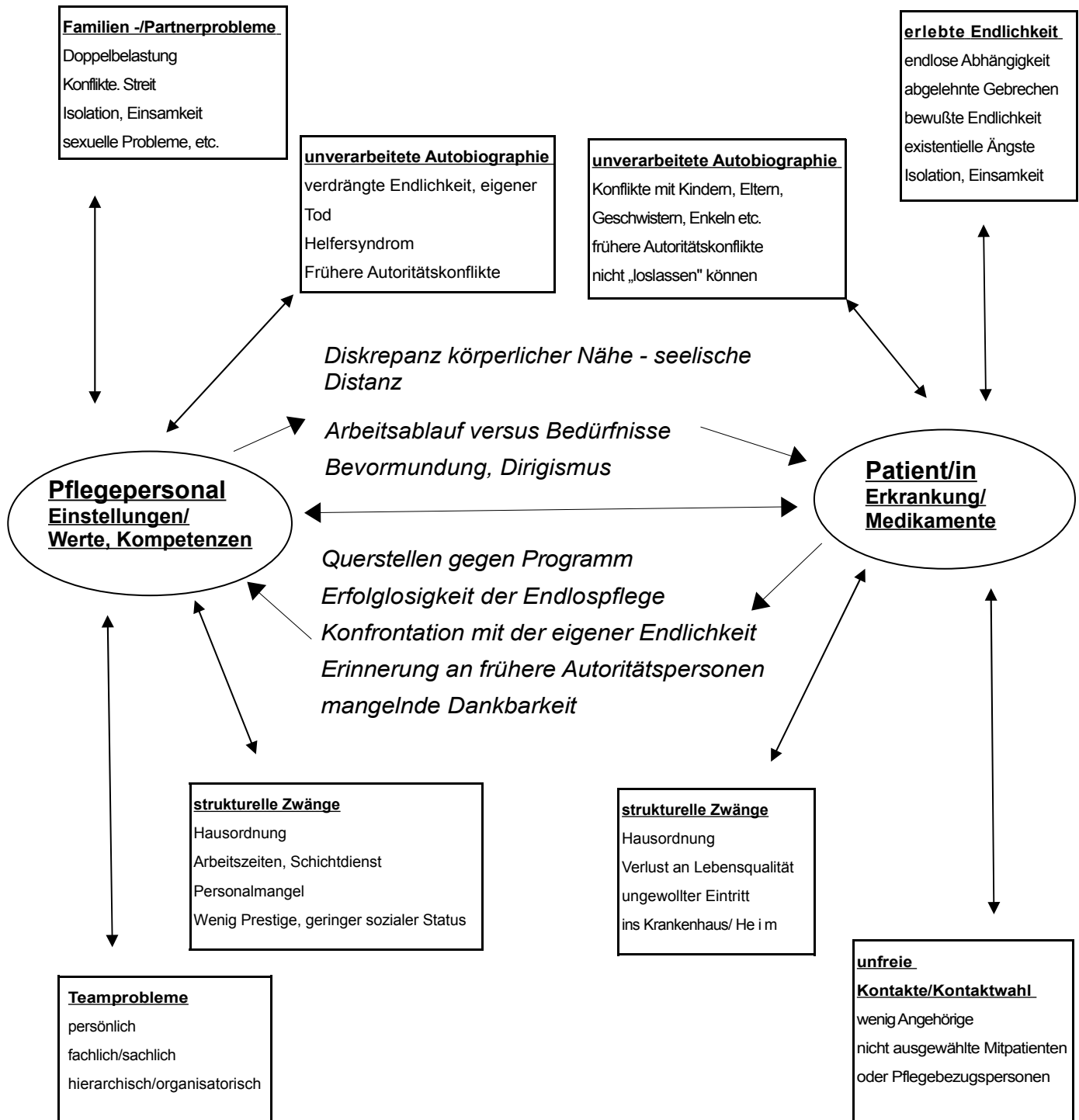
Entstehungstheorien

Es gibt verschiedene Theorien über die Entstehung von Aggression und Gewalt. Die am häufigsten angeführten Theorien werden nun kurz dargestellt.

1. Triebtheorien. Triebtheoretiker gehen davon aus, daß Menschen von Geburt an Aggressionsenergie bilden. Diese Energie staut sich an und muss abgebaut bzw. verbraucht werden. Man kann sich das vereinfacht etwa so vorstellen, dass man Wasser auf einer Herdplatte erhitzt, die Temperatur steigt langsam, aber stetig, bis das Wasser kocht. Wenn die Energie nicht entweichen kann, weil ein Deckel es verhindert, dann kommt es zur explosiven Entladung. Wenn diese Theorie zutreffen würde, müssten wir Menschen Alternativen finden, um den Trieb ausleben zu können, ohne andere zu gefährden. Z.B. durch sportliche Betätigung o.ä.

2. Frustrations-Aggressions-Theorie. Bei dieser Theorie ging man davon aus, dass "Aggression ist immer eine Folge von Frustration" und "Frustration führt immer zu einer Form von Aggression". Demnach könnte es theoretisch möglich sein, keine Aggression zu haben, wenn man nicht frustriert wird.
3. Lernpsychologische Ansätze. Die Grundannahme hierbei lautet, dass Aggressionen auf verschiedenen Wegen gelernt werden.
 - 1) das klassische Konditionieren (Lernen, Reiz-Reaktions-Lernen): Stellen Sie sich vor, dass Sie immer morgens um 6:00 Uhr von Menschen gegen ihren Willen geweckt werden, die weiße Kleidung tragen. Wenn Sie dann Aggressionen gegen Menschen in weißer Kleidung entwickeln, die Ihnen gar nichts antun, haben Sie gelernt.
 - 2) das Lernen am Erfolg (Lernen, Instrumentelles Lernen): Diese Lernmethode erklärt sich von selbst. Stellen Sie sich vor, dass Sie immer morgens um 6:00 Uhr von Menschen gegen ihren Willen geweckt werden, die weiße Kleidung tragen. Vielleicht fangen Sie an, diese Menschen zu schlagen und stellen fest, dass sie den Raum verlassen und erst 30 Minuten später wieder zu ihnen kommen. Sie hatten Erfolg und werden ihr Verhalten mit großer Wahrscheinlichkeit wiederholen.
 - 3) das Lernen am Modell (Lernen, Modell-Lernen). Bei dieser Methode beobachtet man Modelle, die sich aggressiv verhalten und lernt ihr Verhalten. Mir wollte beispielsweise eine erfahrene Pflegekraft beibringen, wie man eine bestimmte Bewohnerin dazu bringt, ihren Mund zu öffnen, damit sie schneller ißt. Sie hielt der alten Damen die Nase zu, als diese ihre Lippen aufeinander presste. Sie öffnete den Mund und die Schwester steckte ihr den Löffel in den Mund. Sie wollte, dass ich es genauso mache.^{xi}
4. Aggression als Folge von Interaktion: In diesem Fall erfolgt die Aggression als Folge wechselseitigem Aufeinandereinfließen von Akteuren oder Systemen.

Diagramm 2: Quellen des Gewalt- und Aggressionspotentials



Quelle: Hartdegen, Karsten. Aggression und Gewalt in der Pflege. Fischer 1996.
 Modifiziert durch Dipl. Psych. Roberto Rotondo

Einschub – Fallarbeit Präsentation

Dieses Beispiel zeigt, dass natürlich auch das Pflegepersonal Gewalt gegen sich erfährt. Aber, auch pflegende Angehörige und Pflegepersonal üben Gewalt gegen Pflegebedürftige aus.

Um meine Sicht auf Gewalt in Institutionen zu verdeutlichen, möchte ich nochmal auf den Pflegebericht des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Pflegekassen zurückkommen. Es gab gravierende Mängel bei Ernährung und Flüssigkeitsversorgung der Pflegebedürftigen. Bei etwa jedem dritten Pflegefall (Heime: 34,4 Prozent; ambulante Pflege: 29,6 Prozent) stellten die Prüfer Defizite fest.^{“xii}

Liegen die Ursachen nur bei den Pflegekräften bzw. den Einrichtungen?

Als der Pflegebericht 2007 veröffentlicht wurde hatte ich einige Anfragen von Journalisten, die wissen wollten, warum Einrichtungen bzw. Pflegekräfte zulassen, dass Pflegebedürftige verhungern und verdursten. Diese Journalisten zeigten mir mit ihrer Frage, dass sie nicht systemisch denken. Sie hatten ein einfaches Ursachemodell. Wenn ein Mensch Gewalt ausübt oder es in einer Einrichtung geschieht, liegt die Ursache ausschließlich bei ihm oder der Einrichtung. Dass die Gewalt möglicherweise eine Folge eines wechselseitigen Aufeinandereinkommens von Akteuren oder Systemen war, wurde nicht bedacht.

Ich stellte dann meistens eine Gegenfrage. Warum glauben Sie, dass es lediglich an der Einrichtung bzw. an den Pflegekräften liegt und nicht auch an der Vorgaben nach denen gepflegt werden muss?

Ich erwähne dies, weil ich mit meinem Vortrag verdeutlichen möchte, dass es, im Falle von Gewalt von Pflegekräften an Pflegebedürftigen, sogar im Falle von Patiententötungen zu einfach gedacht wäre, wenn man ausschließlich die Pflegekräfte verurteilen würde.

Der Tagesspiegel berichtete im September 2007 im Artikel „Frau Zielinskis knappe Zeit“ von einer Heimbewohnerin, die im Marienhaus in Essen lebt. Frau Zielinski, geboren im Mai 1909, war zum Zeitpunkt der von mir erwähnten Gutachten 96 Jahre alt. „In den Gutachten des Heims heißt es, Frau Zielinski leide an einer schweren senilen Demenz, Depression, Bluthochdruck, Hüftarthrose beiderseits, an Wirbelsäulen-Syndromen, offenen Hautkrebsstellen an Rücken und im Gesicht. Sie ist inkontinent, sehr schwerhörig,

kurzsichtig und extrem ängstlich. Im MDK-Gutachten hat Frau Zielinski ein „Mobilitätsdefizit bei deg. Wirbelsäulensyndrom“, Kniearthrose, Diabetes mellitus, kann „teils kontrolliert“ abführen.“

Die MDK-Gutachterin G. „trug 2005 unter Punkt „5.2. Ernährung“ ein: Zeitaufwand pro Tag für die mundgerechte Zubereitung 10,0 Minuten. Für die Aufnahme der Nahrung – oral: 2,0 Minuten. [...] Sie notierte in ihrem Gutachten unter Punkt 5.1. „Körperpflege“: drei Mal Wasserlassen pro Tag, Gesamtdauer sechs Minuten. Dazu vier Mal pro Woche Stuhlgang, umgerechnet auf sieben Tage sind das zwei Minuten pro Tag. [...] Das Marienhaus in Essen hat schon oft gegen die Einstufungen seiner Bewohner durch den MDK geklagt. In einer Liste führt das Heim 57 Höherstufungsanträge und Widersprüche auf. Gesamtsumme: 340774,38 Euro. Das ist der Wert der Pflegeleistungen, die das Heim seiner Meinung nach für Fälle der Stufen III und III plus leistet, obwohl die Kassen mit Verweis auf MDK-Gutachten nur Leistungen der Stufen I oder II bezahlen.^{xiii}

Tatmodivations- und Hintergrunddynamik am Beispiel „Patiententötung“

Sogar Richter folgen in Bezug auf Gewalttaten durch Pflegende der Theorie der Interaktion. Hierzu ein Beispiel: Am 29.06.2007 verurteilte das Landgericht Berlin Irene B., eine 55-jährige Krankenschwester, zu einer lebenslangen Haftstrafe. Die Staatsanwaltschaft warf ihr sechsfachen Mord sowie Mordversuch in zwei Fällen vor. Dies konnte jedoch nicht zweifelsfrei bewiesen werden. Die Richter sahen es als erwiesen an, dass Irene B. zwischen Juni 2005 und Oktober 2006 auf der kardiologischen Intensivstation 104 I der Charité (Berlin) fünf schwer kranke Patienten mit einer Medikamenten-Überdosis getötet hat. Sie selbst gab in Vernehmungen nur die Tötung von vier Patienten im Jahr 2006 zu.

Serientötungen unterliegen einer komplexen Tatmodivations- und Hintergrunddynamik. Es gibt eine Wechselwirkung zwischen arbeits-organisatorischen Belastungsfaktoren, persönlichen „Schwächen“ der TäterInnen, ihrer individuellen Belastbarkeit und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen. Aus meiner Sicht trifft dies auch auf andere Formen von Gewalt an Pflegebedürftigen durch Pflegende zu (siehe oben, Stichwort: „bedeutsames Problemverhalten“).^{xiv}

Quellen des Gewalt- und Aggressionspotentials im Fall Irene B.

Belastung durch die Patienten

Auf der kardiologischen Intensivstation 104 I der Charité lagen schwer kranke Patienten im Alter von 48 bis 77 Jahren. Leid, Sterben und Tod gehörten zum Alltag der Station.

Familien-/ Partnerprobleme

Psychiaters Alexander Böhle begutachtete die Angeklagten:

- Sie habe den Tod der Mutter „nie richtig verarbeitet“.^{xv}
- Nach 25 Ehejahren trennte sich ihr Ehemann 1998 von ihr. Er hatte eine jüngere Frau kennengelernt. „Geflieben sei eine tiefe Kränkung“, so Böhle.^{xvi}
- Die Scheidung führte zu einem „Trauma, das [...] zu einer zeitweisen „Depression mit klinischen Symptomen“ geführt habe.“^{xvii}

Unverarbeitete Autobiographie

Es gibt Hinweise auf frühere Autoritätskonflikte und ein Helfersyndrom:

- Sie wuchs in einem offenbar sehr gefühlkalten Umfeld auf.^{xviii}
- Irene B. in einem Fernsehbericht 2007 während des Prozesses: Krankenpflege, das „ist mein Traumberuf. Ich habe schon als kleines Kind mit fünf Jahren, habe ich mal einen kleinen Roten-Kreuzkoffer geschenkt bekommen und bin schon durch die Wohnung gelaufen mit einem Stethoskop. Wahrscheinlich habe ich noch gar nicht gewusst, was ein Stethoskop ist und im Unterbewusstsein stand für mich fest, ich werde Krankenschwester. Und das, so habe ich das gedacht. Ich habe fast alles, was ich im Leben machen wollte, das habe ich erreicht. Das, was ich mir vorgenommen habe.“^{xix}
- „Der Psychiater sah als Ursache für dieses Verhalten deutliche Defizite in Irene B.s Persönlichkeit. So habe sie „Schwierigkeiten, „sich selbst und andere richtig wahrzunehmen“.“^{xx}
- „Immer wieder habe es bei ihr aber auch „Tendenzen zu Großem, Grandiosen“ gegeben.“^{xxi} Hierzu ein Beispiel: Irene B., : „Der Begriff `Töten` klingt sehr hart. Ich habe diesen Menschen die Lebenszeit verkürzt. Das war ein Eingreifen meinerseits

und im Nachhinein weiß ich, dass dies ein absurder Irrtum war. Aber ich habe es getan und dazustehen ich.“ Laut einem Fernsehbericht will sie ihre Opfer, meist todkranken Patienten, vor einem langsamen, leidvollen Sterben „erlöst“ haben. Die strenggläubige Schwester hatte ihre eigenen Vorstellungen von Religion bzw. der Auslegung der 10 Gebote. Irene B.: „Dass man die 10 Gebote, die in unserem Christentum sind, dass man sie auch ausdehnen kann. Dass sie weit gefächerter werden und trotzdem, ja, der Grundgedanke, das Grundelement vorhanden ist. Und dass vieles nicht als Sünde angesehen wird. Sondern, dass man einfach humaner in unsere Gesellschaft und in unserem Staat umgeht. Den letzten Atemzug sollte ein Mensch selbst machen und er sollte nicht von einer Maschine Luft bekommen.“ Nach Angaben von Angehörigen der Opfer tötete sie gegen den Willen der Patienten. Auch im Nachhinein ist Irene B. sich sicher, richtig gehandelt zu haben. Irene B.: „Ich weiß, dass diese Menschen keine Qualen hatten. Vielleicht wollte man etwas anderes beweisen, ich weiß es nicht. Aber ich habe es am Körper und Gesichtsausdruck gesehen. Mehr möchte ich dazu nicht sagen.“^{xxii}

- Die Aufhebung des Arbeitsverhältnisses im Jüdischen Krankenhaus 1991 stellte ein weiteres „Trauma“ dar, das zum Ausbruch einer „Depression“ führte. „Sie habe bis heute nicht verstehen können, sagte Böhle, dass es plötzlich eine breite Abneigung gegeben habe.“^{xxiii}

Teamprobleme

- Auf der Station 104i der Kardiologieklinik der Charité „hatte sich der größte Teil des Pflegepersonals von Irene B. wegen ihres dominanten und herrischen Wesens zunehmend zurückgezogen.“^{xxiv}
- „Sie habe sich auch ganz bewusst abseits gehalten und den Pausenraum gemieden.“^{xxv}
- „Irene B. selbst habe von dieser wachsenden Ablehnung nichts bemerkt, sagte Böhle. Sie sei „wütend und verbittert“ gewesen, als sie in den Akten die Zeugenaussagen einiger Kollegen gelesen habe.“^{xxvi}
- Gleichzeitig führten die oft streng hierarchisch geprägten Organisations- und Leitungsstruktur zu einem dürftigen Kommunikationsfluss unter den Ärzten.^{xxvii}

Strukturelle Zwänge

- **Möglichkeiten der Kommunikation:** Der Gutachter machte „ein Systemversagen“ aus und „kritisierte zudem die Arbeitsbedingungen auf der Station 104 i. So habe es „auf der Station nur sehr selten Konferenzen und Aussprachen gegeben.“^{xxviii}
- **Möglichkeiten der Kommunikation:** „Auch an Supervision habe es gemangelt, obwohl sie auf derartigen Stationen zum Standard gehören müssten.“^{xxix}
- **Alltägliche Arbeitsbelastungen:** Zum Zeitpunkt der Taten gab es eine unzureichende Personalausstattung auf dieser Station. An der Berliner Charité bemängelten Fachleuten 2007 die ärztliche Präsenz auf Station 104i (siehe unten).^{xxx}
- **Die Erreichbarkeit der Vorgesetzten:** In der Berliner Charité: Eine Woche vor der Verhaftung von Irene B. beraten Stationsarzt, Oberarzt und Stationschwester hinter verschlossenen Türen über den Verdacht und beschließen den Chefarzt zu informieren. Obwohl die Station als „Team of Excellence“ bezeichnet wurde, ist Chefarzt Baumann angeblich nicht erreichbar. „Ganze sieben tagelang nicht. Das behauptet der ihm Untergebene Stationsarzt vor Gericht.“ Der Chefarzt bestreitet das.^{xxxi}
- **Gesellschaftlichen (kollektiven) Rahmenbedingungen:** Fachleute, wie beispielsweise Gutachter oder betroffene Chefärzte, in deren Abteilungen getötet wurde, nehmen heute an, dass komplexe gesellschaftliche Veränderungen mitverantwortlich dafür waren, dass Pflegekräfte in ihrer pflegerischen Aufgabe und der Sinnerfüllung mit dieser Aufgabe scheiterten und in der Folge Patienten töteten.
 - **Die demografische Entwicklung:** Die Lebenserwartung der Menschen in der westlichen Welt ist angestiegen. Damit gibt es auch eine Zunahme von chronischen Krankheiten am Lebensende und eine Zunahme von Langzeitpatienten in der Pflege, die in ihren Familien keinen Platz mehr haben. In der Folge steigen die Belastungen für Pflegekräfte.
 - **Verbesserte Möglichkeiten der Medizin:** Die Fortschritte in der Medizin haben zwar viele Vorteile, aber auch eine Kehrseite. Manche Intensiv- und Transplantationsmediziner sind überzeugt davon, dass das was machbar ist, auch eingesetzt werden muss. Behandlung um jeden Preis. Aber nicht immer haben die

Maßnahmen den erhofften Erfolg. In solchen Fällen ist es sehr wichtig, dass die behandelnden Mediziner ihre Entscheidungen bezüglich der Maßnahmen, gut und verständlich gegenüber Pflegekräften begründen. Pflegekräfte neigen dazu, sich ihre eigenen Phantasien über die Notwendigkeit einer Behandlung zu machen. In solchen Fällen kann die fehlende bzw. mangelhafte Kommunikation dazu führen, dass Pflegekräfte eigenmächtig handeln.

- **Delegieren von Sterben und Tod:** Nach Angaben des Nationalen Ethikrates aus dem Jahr 2006 „sterben in Deutschland etwa 850.000 Menschen. [...] Obwohl der Wunsch verbreitet ist, die letzte Lebensphase zu Hause zu verbringen, sterben tatsächlich rund 90 Prozent der Menschen in Krankenhäusern oder Pflegeheimen.“ Auf diese Entwicklungen waren Krankenhäuser nicht vorbereitet.^{xxxii}
- **Verlangen nach Sterbehilfe (im Sinne einer aktiven Euthanasie):** Als Folge der oben genannten Entwicklungen wird immer öfter an Ärzte und Pflegekräfte das Verlangen nach Sterbehilfe herangetragen. 2005 kam die Diskussion bei uns wieder auf, weil u.a. die Schweizer Sterbehilfeorganisation Dignitas im September 2005 in Hannover eine Filiale eröffnete und sich der damalige Hamburger Justizsenators Roger Kusch im Oktober 2005 offen für die Einführung und Legalisierung der aktiven Sterbehilfe ausgesprochen hatte.

Auch sogenannte Repräsentativumfragen über „aktive“ Sterbehilfe unterstützen Ausweitungstendenzen und müssen aus meiner Sicht mit einem kritischen Blick betrachtet werden. So berief sich Roger Kusch u.a. auf eine Umfrage des Meinungsforschungsinstituts Forsa, nach der 74 Prozent der Deutschen eine aktive Sterbehilfe für Todkranke auf deren ausdrücklichen Wunsch hin befürworteten.

Die Ergebnisse können jedoch extrem Schwanken. So kommt die Deutsche Hospiz Stiftung in einer Langzeitstudie zu dem Ergebnis, dass „nur“ 35 Prozent für aktive Sterbehilfe sind. (21.10.2005, Die Welt)

Auch Pflegekräfte sollen zu einem großen Prozentsatz die Einführung von »aktiver Sterbehilfe« befürworten. 1998 veröffentlichte Karl Beine, Lehrstuhlinhaber für

Psychiatrie an der Witten/Herdecker Universität, die Auswertung einer Umfrage als Teil seiner Studie »Sehen, Hören, Schweigen – Patiententötungen und aktive Sterbehilfe«. Demnach haben 16 % derjenigen, die den Fragebogen ausgefüllt zurückschickten, angekreuzt, sie würden »aktive Sterbehilfe praktizieren«, wenn sie hierzulande legal sei. Erheblich mehr Schwestern und Pfleger würden »aktive Sterbehilfe« erlauben: 44,3 % der Befragten sind mit einer Legalisierung einverstanden. Das »Antwortverhalten«, so Beine, werde »entscheidend beeinflusst« durch die Berufszufriedenheit. Dies lasse »vermuten, dass die eigene berufliche Unzufriedenheit dem ständigen Umgang mit leidenden, verwirrten und sterbenden Menschen teilweise oder ganz zugeschrieben wird«. Patiententötung erscheine vielen Pflegekräften offenbar als ein Ausweg: „Überwiegendes Motiv für die abgegebenen Voten dürfte sein, dass von der Legalisierung der aktiven Sterbehilfe eine Verringerung des täglichen Leidens erwartet wird.“

- **»Vermuteter Auftrag«:** Schon 1991 sah der bekannte Psychiater Prof. Klaus Dörner einen Zusammenhang zwischen Patiententötungen und der evtl. gestiegenen gesellschaftlichen Akzeptanz für die Ausweitung der aktiven Sterbehilfe in Deutschland.

»Bei der verzweifelten Sinnsuche für die Stationsarbeit wird der vermutete Auftrag, der vermutete Sinn der gesellschaftlichen Mehrheitsmeinung exekutiert und vollzogen.«

Diese provokante These vertrat Prof. Dörner nachdem es in Gütersloh 1991 zur Patiententötung durch einen Pfleger gekommen war. Ein Aussage von Irene B. könnte dies bestätigen.

“Es gab mal, ich weiß es nicht mehr, es gab irgend einen Abgeordneten, der mal gesagt hat, was weiß ich, eine 86-jährige muss ja, nicht jede 86-jährige muss ja eine neue Hüfte oder ein neues Kniegelenk bekommen.“ So Irene B. in einem Fernsehbericht.^{xxxiii}

Es ging um den damals 23-jährigen Philipp Mißfelder (CDU), 2003 Chef der Jungen Union. Auch heute noch ihr Bundesvorsitzender. Er forderte damals unter anderem, dass 85-jährige keine Hüftgelenke mehr als Kassenleistung erhalten

sollten. "Ich halte nichts davon, wenn 85-Jährige noch künstliche Hüftgelenke auf Kosten der Solidargemeinschaft bekommen", Mißfelder wörtlich in einem Zeitungsinterview.^{xxxiv}

Irene B.: „Da war ja eine Empörung im Lande. Aber ich habe verstanden, was der Mann gemeint hat. [...] Es soll jeder das bekommen, was ihm gut tut. Aber, es gibt Situationen, da tut es einfach nicht gut. Ich habe Menschen gesehen, mit neuen Hüftgelenken, die nicht mehr aus dem Bett kamen, die ein Pflegefall waren, die geschrien haben vor Schmerzen, wenn man sie gebettet hat im Pflegeheim.“^{xxxv}

Umgang mit Aggression und Gewalt

Frühwarnhinweise beachten

Grobheiten, Grenzverletzungen, Respektlosigkeiten oder „bedeutsames Problemverhalten“, wie es vom Kriminologischen Forschungsinstitut Niedersachsen eingestuft wird, sind Frühwarnhinweise auf gefährliche Entwicklung in einem Heim oder einer Krankenhausstation.

Peter Faust, Vorsitzender Richter am Landgericht Berlin in diesem Fall:

"So ist es beispielsweise berichtet worden, mehrfach berichtet worden, durch sich gegenseitig bestätigende Berichte belegt worden, dass es durchaus Übergriffe, übergriffiges Verhalten gegen Patienten gab, bis hin zu Schlägen. Und das ist natürlich etwas, was nicht akzeptabel ist, was bei einer, nach meiner Meinung, normal funktionierenden derartigen Station a) entdeckt werden muss und b) wenn es entdeckt wird, natürlich sofort beseitigt werden muss. Da es ein Bereich absoluter Gewaltlosigkeit sein muss, wer dort gewalttätig ist, gegen Patienten, gehört sofort entfernt.“^{xxxvi}

Irene B. begründete ihre Schläge gegen Patienten folgendermaßen: "Ich bin auch für die Sicherheit des Patienten zuständig. Und wenn er sich irgendwelche Kabel abreißt oder sonst irgend etwas macht. Da gibt es unheimliche Geschehnisse, die man erwähnen könnte oder aber auch eingestuhlt hat, irgendwie, da gibt es die unterschiedlichsten Sachen. Und sie weisen mehrmals daraufhin und sie machen und sie sagen, „und dies nicht und das nicht und jenes nicht“. Da ist es manchmal hilfreicher, wenn sie sagen „Bupp“ [deutet gleichzeitig mit der Hand ein Schlagen an, anmerk. des Autors]. Da ist ein Erstaunen, ... ein Gucken und

ein Registrieren, das darf ich nicht. Das ist, wie soll ich sagen, es ist manchmal wie eine Rückkopplung mit einem kleinen Kind.^{11xxxvii}

Peter Faust, Vorsitzender Richter am Landgericht Berlin: „Es gibt dann sicherlich innerhalb der Hierarchie Leute, die dafür zuständig sind, jemanden, der sich in der Art und Weise grob fehl verhält, aus dem Arbeitsverhältnis zu entfernen. Man muss das nur einfach machen und nicht monatelang hin warten und Überlegungen anstellen, die ja offenbar von großer Ängstlichkeit geprägt waren. Man hatte Angst vor arbeitsrechtlichen Verfahren, vor der Möglichkeit vielleicht wegen Verleumdung belangt zu werden usw. und so fort. Das sind alles menschlich nachvollziehbare Überlegungen, die aber wegen des überragend hohen Wertes des zu schützenden Gutes da fehl am Platze sind. Wenn es darum geht, das schwer kranke Menschen drangsaliert oder gar körperlich misshandelt werden, dann müssen derartige Bedenken, muss so eine Bedenkenträgeri zurückstehen. Da kann es meiner Meinung nach keine Diskussion geben.“

Fortbildungen

Aus genau diesem Grund, weil es um den Schutz von Patienten geht, sollten Seminare zu den Themen Aggression, Gewalt und auch Patiententötung als regelmäßige Veranstaltungen in jeder Pflegeeinrichtung angeboten werden und wenn nötig, die Teilnahme zur Auflage gemacht werden. Immer wieder mache ich die Erfahrung, dass in Einrichtungen die Angst davor besteht, diese Themen, insbesondere das Thema Patiententötung, anzubieten. Eine häufige Begründung: In der Öffentlichkeit könnte der Eindruck entstehen, dass in der betreffenden Einrichtung die Probleme existieren. Vielleicht sollte auch diese Art von „Bedenkenträgeri“ zurückstehen, wenn es darum geht, frühzeitig zu verhindern, dass Patienten drangsaliert, körperlich misshandelt oder sogar getötet werden.

Aber auch andere Fortbildungen sind nötig, um Aggression und Gewalt zu verhindern. Ein paar Beispiele: Krankheitslehre, insbesondere Demenz, Depression, Psychosen, Angststörungen. Biographiearbeit und Gesprächsführung, um hier nur einige zu nennen. Aber auch das Thema Supervision, Helfersyndrom und der Umgang mit Belastungen sind wichtige Themen.

Rahmenbedingungen - Die »GAU-Frage«

Prof. Dörner war 1991 ärztlicher Direktor in Gütersloh in einer Klinik, in der ein Pfleger Patienten tötete. Zum Zeitpunkt der Taten war er der Vorgesetzte des Täters und gab zu, „jämmerlich versagt“ zu haben.

Dörner empfahl, jeder Krankenhaus- und Heimmitarbeiter solle sich die sogenannte »GAU-Frage etwa jedes viertel Jahr einmal stellen«. GAU bedeutet den Größten Anzunehmenden Unfall, der im Krankenhaus bzw. Altenheim geschehen kann.

»Stellen Sie sich vor, jemand erzählt Ihnen, dass in Ihrer Station, Abteilung, Klinik, Heim in einem Jahr ein Mitarbeiter Patienten töten wird, wenn alles so bleibt, wie es jetzt ist; was werden Sie tun?«

Schon vor dem Hintergrund der Patiententötungen aus den letzten Jahren ist jene GAU-Frage nach wie vor aktuell.

Die Charité hat versucht, aus den Taten der Irene B. zu lernen. Im Sommer 2007, noch während des Prozesses, beauftragt die Charité internationale Experten mit der Suche nach Schwächen im ihrem System. „Gewisse Kommunikationsdefizite, eine gewisse Betriebsblindheit, ein gewisses Obrigkeitsdenken, Defizite an Zivilcourage und Defizite in der Ausübung der eigenen Verantwortung“ habe man auf der Station 104i der Charité ausgemacht, zitierte der Tagesspiegel den Schweizer Intensivmediziner Peter Suter (Schweizerische Akademie der Wissenschaften).^{xxxviii}

Erst nach den Patiententötungen führte die Klinik in allen Abteilungen das CIRS (Critical Incident Reporting System), ein Frühwarnsystem ein, damit jeder Klinikmitarbeiter anonym Beschwerden, Bedenken und Kritik in den Charité-internen Computer-Briefkasten eingeben kann.

Die Station, auf der gemordet wurde, hatte einen „nicht optimalen Personalstand“, denn nicht immer war auf der Intensivstation 104 ein Arzt zur Stelle. Ein Lösungsvorschlag der Gutachter: „Diese Station hat möglicherweise eine nicht optimale Größe und durch eine Zusammenlegung von Bereichen kann es erreicht werden, dass diese professionelle Betreuung rund um die Uhr, besser gesichert werden kann“, so Professor Dr. Suter. Meint Vergrößerung der Intensivstation auf rund das Doppelte, also mehr Patienten pro Arzt, so ein Fernsehbericht.^{xxxix} Welche Bedeutung die Zusammenlegung der Station mit einer anderen

Station für die Pflegekräfte haben wird, wurde nicht erwähnt. Aufstockung des Personals? Weniger Patienten pro Schwester/Pfleger? Patiententötungen geschehen auch, wenn Ärzte anwesend sind. Dunkelfeldstudien zeigen, dass auch Ärzte an Patiententötungen beteiligt sind.

Pflegedirektorin Hedwig Francois-Kettner berichtete dem Tagesspiegel, „dass den Pflegekräften der Charité inzwischen verstärkt Supervision und psychologische Teambegleitung angeboten werde. Keiner der direkt in den Fall Irene B. verwickelten Mitarbeiter sei noch auf der Station 104i tätig. Ein Oberarzt und einige Pflegekräfte arbeiten jetzt auf anderen Stationen, die leitende Pflegekraft wurde beurlaubt. Noch gebe es keine dienstrechtlichen Konsequenzen, eine entsprechende Prüfung sei aber auf der gesamten Station vorgesehen.“^{xl}

Ich hoffe, dass ich verdeutlichen konnte, dass es nicht nur ein Motiv bzw. eine Ursache für die Taten gab. Aus diesem Grund sind gesellschaftliche und institutionelle Veränderungen notwendig, damit Patienten und Pflegekräfte nicht in solche vermeintlich ausweglosen Situationen geraten.

Als Dipl.-Psychologe stimme ich nachdenklich, dass die TäterInnen nicht in der Lage waren, Schwächen wahrzunehmen und/oder diese zuzugeben. Jedenfalls konnten sie nicht um Hilfe bitten und die Einrichtungen boten auch keine bzw. keine ausreichende Unterstützung vor Ort an. Daher ist es meiner Sicht zwingend notwendig, dass schon in der Ausbildung von Pflegekräften eine psychische Begleitung in Form von Supervision angeboten wird und sie lernen, im Kollegenumfeld über Ängste, Sorgen, Nöte, aggressive Phantasie bzw. Gefühle und Schwächen zu reden. Aber auch nach der Ausbildung müssen die finanziellen Mittel zur Verfügung stehen, damit die emotionalen und psychischen Belastungen schon auf der Arbeit aufgefangen werden können, beispielsweise durch das Angebot regelmäßiger Supervision. Auch sollten regelmäßig Team- und Fallbesprechungen stattfinden und die Weiterbildung zu Fragen der Ethik in Grenzsituationen des menschlichen Lebens sollte zwingend vorgeschrieben und/oder verbessert werden.

Dies alles wird jedoch wenig oder gar nichts nützen, wenn Arbeitgeber bzw. Konzerne die Bewertung bzw. die Erfolgsquote einer Station ausschließlich an der wirtschaftlichen Effizienz und dem wissenschaftlichen Output festmachen. Sinkende Ausgaben pro

statistischem Patienten können, wie der Fall an der Charité zeigt, zu schlechterer Versorgung der Patienten und Gewalt gegen bis hin zu Tötungen von Patienten führen. Ein andere Folge des Sparens bedeutet, dass das Personal schlecht versorgt wird und extremen Belastungen ausgesetzt wird, sogar in einem „Team of Excellence“. Richter Faust machte in einem Zeitungsinterview nicht nur den Kollegen von Irene B. einen Vorwurf, weil sie den ‚ruppigen Umgang mit Patienten in Worten und Taten‘ beobachtet und dennoch nicht reagiert. ‚Das ist nicht nur erbärmlich, das ist eindeutig Gewalt und strafbar‘, sagte Faust. Und eine Verwaltung, die das zulasse, mache sich ebenfalls strafbar.“^{xli}

Die Berliner Zeitung berichtete am 26.01.2006 mit dem Titel „Existenzängste in der Charité“, dass bis „2010 [...] an allen vier Standorten 1656 Stellen abgebaut werden [sollen] [...]. Rund 207 Millionen Euro müssen bis zum Jahr 2010 eingespart werden - 70 Prozent der Summe will der Charité-Vorstand durch den Abbau von Personal erwirtschaften. 500 Vollzeitstellen werden deshalb bis Ende dieses Jahres gestrichen, bis zum Jahr 2010 sollen noch weitere 1156 folgen - davon voraussichtlich an die 400 betriebsbedingte Kündigungen, befürchtet der Personalratsvorsitzende Ingo Zeplien.“^{xlii}

Es ist zu einfach gedacht, nur Pflegekräfte und die Verwaltung in die Verantwortung zu nehmen. Wenn die Ausführungen von Richter Faust konsequent weiter gedacht werden, ist es auch erbärmlich, dass beispielsweise die Bundesregierung und die politisch Verantwortlichen in den Ländern seit Jahrzehnten Kenntnisse über Stellenabbau und unzumutbare Arbeitsbedingungen in der Pflege haben und fördern. Ein Beispiel:

Das Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip) veröffentlichte im Mai 2010 die Studie „Pflege-Thermometer 2009“ an der sich mehr „als 10.000 in Krankenhäusern beschäftigte Gesundheits- und Krankenpfleger“ beteiligten. Auszug aus der Pressemitteilung:

„Die Ergebnisse weisen auf eine steigende Belastung der Beschäftigten und demzufolge auf zunehmende Mängel in der Patientenversorgung hin. Hintergrund ist, dass in den vergangenen Jahren etwa 50.000 Stellen in der Krankenhauspflege bei steigenden Patientenzahlen abgebaut worden sind. [...]

Laut Studie lassen sich daraufhin inzwischen insbesondere Mängel bei Pflegeleistungen wie einer angemessenen Überwachung von verwirrten Patienten, Mobilisierung und

fachgerechte Lagerung von bewegungseingeschränkten Patienten, Gesprächshäufigkeiten, Betreuung Schwerstkranker und Sterbender sowie Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme beschreiben. Selbst bei Medikamentengaben, Verbandswechseln und Hygienemaßnahmen sind es jeweils etwas mehr als die Hälfte der Befragten, die Fehler aufgrund von hoher Arbeitsbelastung nicht ausschließen konnten. In der Studie wurde auch nachgewiesen, dass besonders hoch belastete Pflegekräfte höhere Fehlerquoten in allen Leistungsbereichen angaben. Damit wurde ein direkter Zusammenhang zwischen abnehmender Pflegekapazität und vermehrten Risiken für die Patienten sichtbar.“^{xliii}

Ein weiteres Beispiel aus Hamburg. Aus einer Pressemitteilung von Ver.di vom 20.06.2005: „Bürgermeister Ole von Beust (CDU) hat betriebsbedingte Kündigungen im Landesbetrieb Krankenhäuser ab 2006 nicht ausgeschlossen und das Vorgehen der Asklepios-Chefetage verteidigt, darunter auch die Forderung nach Erhöhung der Arbeitszeiten und den Austritt des LBK aus dem Arbeitgeberverband.“^{xliiv}

Die Bundesregierung und die politisch Verantwortlichen in den Ländern sollten auch in die Verantwortung genommen werden bzw. ein Bewusstsein dafür bekommen, dass auch sie sich, wenn auch nicht juristisch, aber mindestens moralisch mit strafbar machen, wenn es zur Gewalt in der Pflege kommt.

Dipl. Psych. Roberto Rotondo

Rappstr. 9

20146 Hamburg

Tel.: 040/44 80 99 22

Internet: www.robtorotondo.de

Möglichkeiten der Beeinflussung von Gewalt (Hirsch, 1997)

| | |
|--|--|
| <p>Institution:</p> <ul style="list-style-type: none">• „Philosophie“• Struktur• Arbeitsbedingungen• Unterstützung des Personals• Qualifikation des Personals• Qualitätssicherung• Pflegemanagement• Ausreichende Anzahl des Personals• Fortbildungsmaßnahmen (auch Supervision)• Psychohygiene• Räumliche Aufteilung der Zimmer u.a.• Architektur• Arbeitsmittel <p>Personal:</p> <ul style="list-style-type: none">• Teambesprechung• Dokumentation• Gegenseitige soziale Unterstützung• Fachliche Kompetenz• Klärung von Beziehungsproblemen (Nähe und Distanz)• Arbeitsmotivation <p>Vorgesetzte:</p> <ul style="list-style-type: none">• Soziale Unterstützung• Förderung von Emanzipation und Teamarbeit• „Helfen“ statt „Strafen“• Förderung von Problembewußtsein• Entwicklung und Erarbeitung von Alternativen zur Gewalt | <p>Region:</p> <ul style="list-style-type: none">• „Runder Tisch“• Beratungs- und Krisenstelle• „Gewalt-Telefon“• Öffentliche Veranstaltungen <p>Gesellschaft:</p> <ul style="list-style-type: none">• Anerkennung der Arbeit mit alten Menschen• Enttabuisierung von „Gewalt“• Einstellung zum Alter u. Altern• Gleichstellung von somatisch und psychisch Kranken <p>Wissenschaft:</p> <ul style="list-style-type: none">• interdisziplinäre Forschung zur „Gewalt“• Untersuchung von Alternativen• Erstellung eines Leitfadens zum Umgang mit Gewalt |
|--|--|

Quelle: Gewalt in der Pflege: ein drängendes gesellschaftliches Problem*). R. D. Hirsch, Bonn (Mai 2000). S. 24

* Manuskript zum Gespräch am 11. Mai 2000 im Ausschuss für Menschenrechte und Humanitäre Hilfe des Deutschen Bundestags in Berlin.

Literatur

Aggression und Gewalt

- Theo Kienzle & Barbara Paul-Ettliger. Aggression in der Pflege. Kohlhammer 2007
- Markus Breitscheidel. Abgezockt und totgepflegt. Alltag in deutschen Pflegeheimen. Econ 2005
- Andreas Stähli. Umgang mit Emotionen in der Palliativpflege. Ein Leitfaden. Kohlhammer 2004.
- Rolf D. Hirsch & Claus Fussek. Gewalt gegen pflegebedürftige alte Menschen: Gegen das Schweigen – Berichte von Betroffenen. 2. Aufl. 1999.
- Hans-Peter Nolting. Lernfall Aggression. Wie sie entsteht – wie sie zu vermindern ist. Rororo 1997
- Karsten Hartdegen. Aggression und Gewalt in der Pflege. Gustav Fischer 1996

Patiententötung

- Karl-H. Beine. Sehen, Hören, Schweigen. Patiententötungen und aktive Sterbehilfe. Lambertus 1998
- Herbert Maisch. Patiententötung. Dem Sterben nachgeholfen. Kindler 1997
- Manfred Oehmichen (Hrsg.). Lebensverkürzung, Tötung und Serientötung – eine interdisziplinäre Analyse der „Eutanasie“. Schmidt-Römhild 1996
- Christine Gibiec. Tatort Krankenhaus. Der Fall Michaela Roeder. Dietz Taschenbuck 1990

- i Ruthemann, Ursula. Aggression und Gewalt im Altenheim – Verständnishilfen und Lösungswege für die Praxis. Basel 1993. S. 14, 15.
- ii Ebd.
- iii Vierter Altenbericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Januar 2002, S. 133 - 136
- iv BILSKY, W., MECKLENBURG, E. & WETZELS, P. Persönliches Sicherheitsgefühl, Angst vor Kriminalität und Gewalt, Opfererfahrung älterer Menschen. Skalenanalyse und Skalenkonstruktion zur KFN-Opferbefragung 1992 (KFN-Forschungsbericht; Nr.: 13). Hannover: KFN. <http://kfn.de/versions/kfn/assets/fb13.pdf>
- v Pflege leidet unter Qualitätsproblemen. Financial Times Deutschland. 31.08.2007. Internet: <http://www.ftd.de/politik/deutschland/:Pflege%20Qualit%E4tsproblemen/246719.html>. Datum: 16.01.2008.
- vi GÖRGEN, T., HERBST, S. & RABOLD, S. Kriminalitäts- und Gewaltgefährdungen im höheren Lebensalter und in der häuslichen Pflege (KuGiLaM-Bericht No. 2) (KFN-Forschungsbericht; Nr.: 98). Hannover: KFN. <http://kfn.de/versions/kfn/assets/fb98.pdf>
- vii Ebd. S. 70
- viii Ebd. S. 70
- ix <http://www.supervision-hamburg-gesundheitswesen.de/rotondo/veroeffentlichungen/veroeffentlichung.html>
- x GÖRGEN, T., HERBST, S. & RABOLD, S. Kriminalitäts- und Gewaltgefährdungen im höheren Lebensalter und in der häuslichen Pflege (KuGiLaM-Bericht No. 2) (KFN-Forschungsbericht; Nr.: 98). Hannover: KFN. <http://kfn.de/versions/kfn/assets/fb98.pdf>. S. 63
- xi Vergl: Herbert Selg. Aggression. <http://www.wissenschaft-online.de/abo/lexikon/psycho/337>. Datum: 11.09.2011
- xii Pflege leidet unter Qualitätsproblemen. Financial Times Deutschland. 31.08.2007. Internet: <http://www.ftd.de/politik/deutschland/:Pflege%20Qualit%E4tsproblemen/246719.html>. Datum: 16.01.2008.
- xiii Frau Zielinskis knappe Zeit. Der Tagesspiegel, 09.09.2007. Internet: <http://www.tagesspiegel.de/zeitung/Frauen-Maenner;art7754,2375209>. Datum: 16.01.2008.
- xiv Charité-Krankenschwester wegen Patiententötung vor Gericht. Quelle: <http://www.net-tribune.de/article/170407-38.php>. Datum: 17. April 2007 09:51 Uhr
- xv Michael Mielke. Irene B. voll schuldfähig. Internet: Welt Online, http://www.welt.de/berlin/article967710/Irene_B._voll_schuldfaehig.html. 17.09.2011.
- xvi Ebd.
- xvii Ebd.
- xviii Ebd.
- xix Schwester Tod - Mord auf der Intensivstation. Film von Norbert Siegmund. Phoenix 8.1.08, 22:15 – 23:00 Uhr. Erstsendung: 4. Juli 2007 in der Reihe „ARD-exklusiv“.
- xx Michael Mielke. Irene B. voll schuldfähig. Internet: Welt Online, http://www.welt.de/berlin/article967710/Irene_B._voll_schuldfaehig.html. 17.09.2011.
- xxi Ebd.
- xxii Schwester Tod - Mord auf der Intensivstation. Film von Norbert Siegmund. Phoenix 8.1.08, 22:15 – 23:00 Uhr. Erstsendung: 4. Juli 2007 in der Reihe „ARD-exklusiv“.
- xxiii Michael Mielke. Irene B. voll schuldfähig. Internet: Welt Online, http://www.welt.de/berlin/article967710/Irene_B._voll_schuldfaehig.html. 17.09.2011.
- xxiv Ebd.
- xxv Ebd.
- xxvi Ebd.
- xxvii Schwester Tod - Mord auf der Intensivstation. Film von Norbert Siegmund. Phoenix 8.1.08, 22:15 – 23:00 Uhr. Erstsendung: 4. Juli 2007 in der Reihe „ARD-exklusiv“.
- xxviii Michael Mielke. Irene B. voll schuldfähig. Internet: Welt Online, http://www.welt.de/berlin/article967710/Irene_B._voll_schuldfaehig.html. 17.09.2011.
- xxix Ebd.
- xxx Schwester Tod - Mord auf der Intensivstation. Film von Norbert Siegmund. Phoenix 8.1.08, 22:15 – 23:00 Uhr. Erstsendung: 4. Juli 2007 in der Reihe „ARD-exklusiv“.
- xxxi Ebd.
- xxxii „Jährlich sterben in Deutschland etwa 850.000 Menschen. [...] Obwohl der Wunsch verbreitet ist, die letzte Lebensphase zu Hause zu verbringen, sterben tatsächlich rund 90 Prozent der Menschen in Krankenhäusern oder Pflegeheimen.“ Quelle: Nationaler Ethikrat. Stellungnahme Selbstbestimmung und Fuersorge am Lebensende 2006. Zuletzt verändert: 16.11.2009. S. 38. Link: <http://www.ethikrat.org/search?SearchableText=850.000>. Datum: 20.09.2011.
- xxxiii Schwester Tod - Mord auf der Intensivstation. Film von Norbert Siegmund. Phoenix 8.1.08, 22:15 – 23:00 Uhr. Erstsendung: 4. Juli 2007 in der Reihe „ARD-exklusiv“.
- xxxiv Cordula Eubel und Peter Siebenmorgen. Keine Hüftgelenke für die ganz Alten. Der Tagesspiegel vom

- 3.8.2003. Internet: <http://www.tagesspiegel.de/politik/div;/art771,1930676>. Download: 14.01.2008.
- ^{xxxv} Schwester Tod - Mord auf der Intensivstation. Film von Norbert Siegmund. Phoenix 8.1.08, 22:15 – 23:00 Uhr. Erstsendung: 4. Juli 2007 in der Reihe „ARD-exklusiv“.
- ^{xxxvi} Ebd.
- ^{xxxvii} Ebd.
- ^{xxxviii} Adelheid Müller-Lissner. Charité-Prozess. Betriebsblindheit und Defizite an Zivilcourage. Der Tagesspiegel, 10.07.2007. Internet: <http://www.tagesspiegel.de/berlin;/art270,2337292>, 14.01.2008.
- ^{xxxix} Schwester Tod - Mord auf der Intensivstation. Film von Norbert Siegmund. Phoenix 8.1.08, 22:15 – 23:00 Uhr. Erstsendung: 4. Juli 2007 in der Reihe „ARD-exklusiv“.
- ^{xl} Adelheid Müller-Lissner. Charité-Prozess. Betriebsblindheit und Defizite an Zivilcourage. Der Tagesspiegel, 10.07.2007. Internet: <http://www.tagesspiegel.de/berlin;/art270,2337292>, 14.01.2008.
- ^{xli} Michael Mielke. Schwester Irene B. zu Höchststrafe verurteilt. Welt Online, 29.06.2007. http://www.welt.de/berlin/article986124/Schwester_Irene_B._zu_Hoehchststrafe_verurteilt.html
- ^{xlii} Sarah Schelp. Existenzängste in der Charité. Berliner Zeitung vom 26.01.2006. <http://www.berlinonline.de/berliner-zeitung/archiv/.bin/dump.fcgi/2006/0126/lokales/0036/index.html>.
- ^{xliii} Studie: Es herrscht ein chronischer Pflegemangel im Krankenhaus. Pressemitteilung des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip) vom 19. Mai 2010. Internet: [http://www.dip.de/presse/pressemitteilungen/pressemitteilung/?tx_ttnews\[backPid\]=62&tx_ttnews\[tt_news\]=126&cHash=0d448fe35c3adc4972730e9da320d704](http://www.dip.de/presse/pressemitteilungen/pressemitteilung/?tx_ttnews[backPid]=62&tx_ttnews[tt_news]=126&cHash=0d448fe35c3adc4972730e9da320d704). Datum: 19.09.2011.
- ^{xliv} Ole von Beust verteidigt Tarifdumping, Stellenabbau und Kündigungen im LBK Hamburg. Pressemitteilung ver.di vom 20.06.2005.