

Stefan Bär

Patiententötungen und organisationales Schweigen im Krankenhaus

Anhand des Falls von Patientenserientötungen durch die als „Wuppertaler Todesengel“ bekannt gewordene Michaela R. wird gezeigt, dass vom Individuum unabhängige strukturelle Gegebenheiten und informelle Normen als Erklärungsfaktoren für das Phänomen des organisationalen Schweigens dienen können. Mit diesem auf die Organisation fokussierenden Ansatz lässt sich die bisherige wissenschaftliche Beschäftigung mit Patiententötungen, die sich in der Hauptsache mit denjenigen, die solche Taten begehen, mit deren Motiven und möglichen Typologien beschäftigt, bereichern.

Schlagwörter: Krankenhaus, organisationales Schweigen, Patiententötungen, Todesengel

Patient Homicides and Organisational Silence in Hospitals

Looking at the case of German serial killer nurse Michaela R., known as the ‘Wuppertal Angel of Death’, this paper shows that individual-independent structural conditions and informal norms can serve as explanatory factors for organisational silence. Adopting an organisation-focused approach enables the expansion of previous scientific work on patient homicides, which has so far mainly dealt with the perpetrators of such acts, their motives as well as possible typologies.

Keywords: Angel of Death, hospital, organizational silence, patient homicides

1. Einleitung

Patiententötungen sind spätestens in Verbindung mit dem Namen Niels Högel und der laut Wikipedia (o.A., 2022) größten Mordserie in der bundesdeutschen Kriminalgeschichte ein Thema, das nachhaltig für Verstörung sorgt. Unabhängig von diesem in seiner Dimension kaum fassbaren Fall gibt es aber Serientötungen von Patientinnen und Patienten sowohl in Deutschland als auch international seit langer Zeit (vgl. Yorker et al., 2006). Im dokumentierten Hellfeld ab den 1970er Jahren dominieren zahlenmäßig die USA, gefolgt von Deutschland und Großbritannien (ebd., S. 1365). Am häufigsten werden Patiententötungen vom Pflegepersonal in Krankenhäusern begangen (ebd.; Lubaszka et al., 2014). Es handelt sich also nicht um wenige Einzelfälle, sondern um eine ubiquitär vorkommende Erscheinung, deren Dunkelfeld als weit größer angenommen werden muss, als es die öffentlich bekannt gewordenen Fälle nahelegen.

Die wissenschaftliche Beschäftigung mit Patiententötungen konzentriert sich zumeist auf diejenigen, die solche Taten begehen, auf deren Motive und auf Tatdetails (vgl. neben anderen

Beine, 2003; Yorker et al., 2006). Über diese Täter-zentrierten Aspekte hinaus, ist beim Gegenstand Patiententötungen jedoch vor allem die Auffälligkeit langer Tatzeiträume (vgl. Beine, 2003, S. 385; Yorker et al., 2006, S. 1364 f.), die von sogenanntem organisationalen Schweigen begleitet werden, von Interesse. Selbst wenn im Krankenhaus ein Tatverdacht entsteht, so wird dies in der Regel nicht öffentlich gemacht und angezeigt, und wenn, dann erst spät. Wie sich das erklären lässt, dazu gibt es keine einschlägige Forschung.

Die folgenden Ausführungen beschäftigen sich vor diesem Hintergrund mit einem Fall von Patiententötungen aus den 1980er Jahren in Deutschland, der mit dem Begriff „Wuppertaler Todesengel“ assoziiert ist. Die als solcher bezeichnete Krankenschwester Michaela R. wurde im September 1989 vom Landgericht Wuppertal wegen Totschlags in fünf Fällen und in jeweils einem Fall von fährlässiger Tötung und Tötung auf Verlangen zu elf Jahren Freiheitsstrafe verurteilt. Der Antrag der Staatsanwaltschaft auf Revision dieses Urteils – sie strebte eine Verurteilung wegen Mordes, eine lebenslange Strafe und ein Berufsverbot an – wurde vom Bundesgerichtshof (BGH) Anfang Mai 1991 verworfen (Bundesgerichtshof, 1991). Der BGH hielt Michaela R. zugute, dass sie aus Mitleid gehandelt habe. Zwar habe sie die Arg- und Wehrlosigkeit ihrer Patientinnen und Patienten ausgenutzt, sie habe aber geglaubt, dass sie diesen mit ihren Taten sinnlose Operationen und unnötige Schmerzen ersparen könne (zur Kritik an dieser Entscheidung vgl. Geilen, 1992).

Das hier zum Tragen gekommene Mitleidsmotiv wird von vielen abgelehnt (vgl. z. B. Beine, 1999, S. 499; 2011, S. 383 ff.; Csef, 2016). Um Motive für Patiententötungen soll es im Folgenden aber nicht gehen. Der Blick wendet sich damit von einem Täter-zentrierten Erklärungsansatz hin zu einem Kontext- bzw. auf die Organisation zentrierten Ansatz. Das hier behandelte Erklärungsproblem sind nämlich nicht Patiententötungen per se, sondern es soll darum gehen, am Fall der Michaela R. exemplarisch zu zeigen, wie es dazu kommen kann, dass Fälle von Patiententötungen lange Zeit unentdeckt bleiben oder, wenn der Verdacht darauf entstanden ist, lange Zeit nicht nach außerhalb des Krankenhauses bekannt gemacht oder angezeigt werden. Auch hierbei interessieren nicht primär die Absichten und Motive der beteiligten Akteure. Nicht Verschweigen oder Vertuschen stehen im Mittelpunkt, sondern Kontextfaktoren, die organisationales Schweigen ermöglichen und begünstigen. Diese Art kollektiven Schweigens meint dabei (im Gegensatz zu bspw. Pundt, 2013 mit Bezugnahme auf Morrison & Milliken, 2000; Knoll & van Dick, 2013) ein Phänomen, dessen Entstehungszusammenhang explizit der Organisation und nicht den Individuen zuzurechnen ist. Damit wendet sich der Blick auf organisationale Faktoren und Mechanismen, die dafür sorgen, dass nach außerhalb des Krankenhauses Schweigen herrscht. Weil solche Taten oder auch nur der Verdacht auf eine schwere Straftat wie diese mit der moralischen Aufforderung (Pohlmann, 2021, S. 46. ff; Starystach & Höly, 2021, S. 70) versehen sind, sie zu melden, man zudem davon ausgehen darf, dass niemand solche Taten gutheißt, aber dennoch zum Teil sehr lange nichts davon nach außen dringt, verlangt das nach einer Erklärung. Wenn in solchen Fällen starke, gesellschaftlich verankerte, moralische Normen nicht greifen, dann ist davon auszugehen, dass dem andere Normen und Regeln entgegenstehen. Geht man zudem von der Annahme aus, dass diese organisationaler Natur sind, und setzt in diesem Sinne auf eine Differenzierung des Konzeptes des organisationalen Schweigens, welches nicht auf Absichten und Motive einzelner Akteure rekurriert, dann sollten bei der Erklärung die Wirkmechanismen von organisationalem Kontext und informellen Normen stärker in den Fokus gerückt werden. Der Beitrag arbeitet anhand des Falls Michaela R. einige der organisationalen Faktoren in dieser Perspektive heraus.

2. Forschungsüberblick

Der Stand der Forschung zu Patiententötungen ist interdisziplinär (Yorker, 1988; 1994; Forrest, 1995; Beine, 2003; Yorker et al., 2006; Kaplan, 2007; Ramsland, 2007; Field & Pearson, 2010; Kizer & Yorker, 2010; Beine, 2011; Lubaszka et al., 2014; Yardley & Wilson, 2016; Farrel, 2018). Es finden sich zudem praxisorientierte Arbeiten (Richter & Sauter, 1997; Osterbrink & Andratsch, 2015; Englert & Heubrock, 2017) und populärwissenschaftliche Publikationen (Willey, 1981; Gibiec, 1990; Maisch, 1997; Beine & Turczynski, 2017). Sozialwissenschaftliche Studien, insbesondere solche, die die Organisation in den Mittelpunkt rücken, liegen nicht vor. Patiententötungen sind ein international auftretendes Phänomen (vgl. Beine, 2011). Häufig handelt es sich nicht um Einzeltaten, sondern um Tötungsserien und es wird mit dem Begriff der „healthcare serial killers“ (Lubaszka & Shon, 2013; Lubaszka et al., 2014; Yardley & Wilson, 2016) operiert. Beim Gegenstand Patiententötungen ist die Abgrenzung zum sogenannten assistierten Suizid oder zur Sterbehilfe entscheidend, wenn es wie im vorliegenden Fall um Patiententötungen geht, die nicht dem geäußerten Willen der Opfer entsprechen. Nicht zuletzt aus diesem Grund ist die Motivaufklärung in der psychiatrischen und juristischen Aufarbeitung solcher Fälle von zentralem Interesse und das sogenannte Mitleidsmotiv umstritten (vgl. dazu Geilen, 1992; Beine, 1999).

Die Mehrzahl der wissenschaftlichen Arbeiten zu Patientenserialtötungen (bspw. Beine, 2003; Yorker et al., 2006; Yorker, 2018; Lubaszka et al., 2014; Yardley & Wilson, 2016) erfasst soziodemografische und kriminologische Daten zu denjenigen, die solche Taten verüben, zu deren Opfern, zu Tathäufigkeit und Tötungsmethode. Es zeigt sich, dass Patiententötungen nominal ungefähr zu gleichen Teilen von Männern und Frauen begangen werden (Yorker et al., 2006; Lubaszka et al., 2014; Yardley & Wilson, 2016), dass bei den Gesundheitsberufen am häufigsten Pflegekräfte Patiententötungen begehen (Yorker et al., 2006; Yorker, 2018; Lubaszka et al., 2014) und dass vorwiegend ältere Menschen zur Gruppe der Opfer gehören (ebd., S. 7; Yorker et al., 2006). Außerdem zeigen die Untersuchungen, dass zur Tötung größtenteils Injektionen bzw. tödlich wirkende Medikamente verabreicht werden (ebd.; Yorker, 2018; Lubaszka et al., 2014; Yardley & Wilson, 2016). Patiententötungen treten insbesondere in Krankenhäusern und dort nicht selten auf Intensivstationen auf (Yorker et al., 2006; Lubaszka et al., 2014; Beine, 2011; Beine & Turczynski, 2017), und Hinweise zur Aufdeckung der Taten scheinen am häufigsten aus dem Kollegenkreis der Täter gegeben zu werden (Lubaszka et al., 2014, S. 11).

Zu diesem letzten Befund aus dem Forschungsstand lässt sich sagen, dass Kolleginnen und Kollegen zwar offenbar wichtige Hinweisgeber sind, die Zeitspanne, bis Verdächtige dingfest gemacht werden, aber vor dem Hintergrund konstatiertes langer Latenzzeiten mitunter sehr lange andauern kann. Dies lässt sich als Indiz für das Vorliegen organisationaler Faktoren deuten, die das verzögern. Bei der systematischen Untersuchung von Patiententötungen mit dem Konzept des organisationalen Schweigens besteht jedoch eine große Forschungslücke.

Organisationales Schweigen selbst ist ein Forschungsgegenstand, der bislang so konzeptualisiert worden ist, dass er die Abwesenheit von offener Kommunikation bei Mitarbeitenden und damit die Aggregation des Schweigens von Einzelnen bedeutet (vgl. Starystach & Höly, 2021, S. 71). Der Begriff selbst („Organizational Silence“ vgl. Morrison & Milliken, 2000; Knoll & van Dick, 2013) ist zwar seit längerem eingeführt, es dominiert jedoch bei dieser Form des Schweigens die Perspektive, dass kollektive Schweigedynamiken in Organisationen im Zusammen-

hang mit Persönlichkeitsmerkmalen und mit ganz unterschiedlich begründeten und motivierten Überzeugungen und Wahrnehmungen von bspw. Machtlosigkeit stehen. Auf diese Weise entstehe ein das Schweigen förderndes Klima von Angst und Misstrauen (Whiting et al., 2012; Brinsfield, 2013; Knoll & van Dick, 2013; Mannion & Davies, 2015). Bei dieser Version des Begriffs ist kollektives Schweigen demnach auf individuelle Faktoren zurückführbar.

Aus der sozialwissenschaftlichen Beschäftigung mit Fällen massiver Abweichungen von Regeln in legalen Organisationen stammt hingegen die Einsicht, dass ausschließlich auf das Individuum rekurrierende Erklärungen zu kurz greifen (vgl. Pohlmann, 2021, S. 46; Starystach & Höly, 2021, S. 72 ff.). Vielmehr seien Regelverstöße in Organisationen allgegenwärtig und keine Organisation könne alle formalen Anforderungen einhalten, wenn sie gleichzeitig ihre operativen Ziele erfüllen will (ebd.). Deswegen seien Organisationen notwendigerweise durch informelle Strukturen und nützliche Illegalität gekennzeichnet (Pohlmann et al., 2016). Man sollte daher in der Forschung zu organisationalem Schweigen stärker das Handeln von Organisationsmitgliedern unter der Voraussetzung geteilter Normen, die der Organisation nützlich sein können, und der jeweiligen institutionell geprägten Organisationsstrukturen und -kultur in den Blick nehmen. Bei dieser Version des Begriffs stehen demnach Faktoren organisationaler Natur im Zentrum einer Erklärung. Empirische Untersuchungen, die dieses Konzept stützen, sind jedoch noch rar (vgl. bspw. für einen ersten Ansatz die Analyse organisationaler Devianz im Falle des sogenannten Transplantationsskandals Pohlmann & Höly, 2017).

3. Datengrundlage und Methode

Vor diesem Hintergrund stützt sich die Argumentation der nachfolgenden Ausführungen im Wesentlichen auf die Rekonstruktion des genannten Falls a) anhand des Buchs „Tatort Krankenhaus“ (Gibiec, 1990) und b) mit Hilfe des Urteils des Landgerichts Wuppertal (Aktenzeichen 25 Ks 26 Js 233/86 (21/88 V)), und bedient sich zum Teil einer nacherzählenden Form, bei der auch Kontextwissen aus langjähriger Krankenhausforschung (Bär, 2011; Bär & Pohlmann, 2016; 2018; Bär & Starystach, 2017; 2018; Starystach et al., 2018; Starystach & Bär, 2019) einbezogen wurde. Insofern werden populärwissenschaftlich aufbereitete Fall- und Gerichtsbeobachtung und Hellfeldanalyse kombinierend herangezogen.

Das von der Journalistin Christiane Gibiec (1990) verfasste Buch lässt sich vor einem kontrovers diskutierten Hintergrund lesen. Es stellt dar, dass sowohl der zuständige Staatsanwalt (vgl. ebd., S. 32 und S. 40), vor allem aber die Medien Michaela R. zur kaltblütigen Mörderin, in bspw. der BILD-Zeitung in Kombination mit stereotypen frauenfeindlichen Assoziationen (vgl. ebd., S. 33 ff.), stilisierten. Andere hingegen (vgl. bspw. Maisch, 1997) rekurrierten in Anknüpfung u. a. an die Figur der hilflosen Helfer (vgl. Schmidtbauer, 1977) auf die Verhältnisse und die damit einhergehenden Dilemmata von Pflegenden als Erklärungsmoment, und stellten damit die vermeintlich eindeutige Motivlage in Frage.

Dieser knapp 150-seitige Textkorpus wurde selektiv herangezogen. Zum einen im Quervergleich zu Informationen, die im Urteilstext zu lesen sind, und zum anderen, indem Passagen, die auf der Darstellung des medialen Geschehens rund um den Prozess und auf Interviews mit Beteiligten basieren, ergänzend hinzugezogen wurden. Denn diese halten Informationen vor, die dem Urteil äußerlich sind.

Das Urteil des Landgerichts Wuppertal stellt einen über 250 Seiten starken Text dar, der neben Angaben zum Lebenslauf der Angeklagten, der Strafarbeit ihrer Taten, dem Strafraumen etc.,

detaillierte Ausführungen zu den einzelnen Tötungsdelikten, den Vernehmungen, den gutachterlichen Stellungnahmen und die Beweiswürdigung enthält. Das nicht öffentlich zugängliche Dokument wurde auf Anfrage zunächst beim Landgericht und dann bei der Staatsanwaltschaft Wuppertal in anonymisierter Form zu Forschungszwecken zur Verfügung gestellt.

Der Textkorpus wurde im ersten Schritt reduktiv inhaltsanalytisch (vgl. Lamnek, 2005, S. 501) zur Rekonstruktion der chronologischen Abläufe und Erfassung der darin vorkommenden Personen herangezogen. Die Schwierigkeit des durch Schwärzungen anonymisierten Textes machte dabei einen mehrfachen Textdurchgang erforderlich. Die auf diese Weise identifizierten Textpassagen wurden dann orientiert an der zusammenfassenden Inhaltsanalyse (vgl. Mayring, 1991, S. 211 f.) in mehreren Schritten kondensiert, zusammengeführt und verdichtet, um zu abstrakteren Begriffen zu gelangen, die vor dem Hintergrund der Fragerichtung induktiv auf strukturelle Gegebenheiten und informelle Normen verweisen.

Durch diese selektive Datenlage und das auf die manifesten Inhalte (vgl. Lamnek, 2005, S. 501) bezogene methodische Vorgehen ergeben sich zwar automatisch Limitationen für die Aussage Reichweite, da keine Primär-Empirie und lediglich latent das organisationale Schweigen betreffende Angaben verwendet wurden. Das kann jedoch methodologisch vernachlässigt werden, da es in erster Linie um die Herausarbeitung von differenzen Dimensionen und nicht um eine empirische Rekonstruktion organisationalen Schweigens in diesem konkreten Fall geht.

4. Die Intensivstation als Gelegenheitsstruktur

Zunächst lässt sich allgemein sagen, dass der Kontext Krankenhaus und im Speziellen seine Intensivstationen eine besondere Form von Gelegenheitsstruktur darstellen. Dieser Begriff ist hier nicht in einer handlungs- (vgl. Seipel, 1999; Eifler, 2001), sondern einer strukturtheoretischen Version gemeint. Es geht also nicht darum, den Kontext als Situation zu begreifen, die entlang von Kosten-Nutzen-Kalkülen Devianz ermöglicht, sondern es geht darum, die organisationsspezifischen Bedingungen aufzuzeigen, die dazu führen können, dass Devianz schwer als solche erkennbar ist. Konkret macht die Gelegenheitsstruktur der Intensivstation es möglich, dass Patiententötungen nicht leicht zu entdecken sind. Das hat mehrere systematische Gründe.

Auf Intensivstationen sind Kreislaufinstabilitäten von Patientinnen und Patienten und andere Notfallsituationen alltäglich, denn deren Beherrschung ist die zentrale Aufgabe einer solchen Einrichtung. Eine Unterscheidung in solche Komplikationen, die erklärbar sind und solche, die das nicht sind, steht aber nicht im Vordergrund. Denn im Notfall wird zunächst symptomatisch und nicht kausal therapiert und dabei bildet primär die grundsätzliche Antizipation von kontingenten Komplikationen und erst sekundär die ihrer ursächlichen oder latenten Gründe den Rahmen für eine angemessene fachliche Reaktion.

Dass Patientinnen und Patienten trotz maximal intensivmedizinischer Bemühungen versterben und dies auch unerwartet vorkommen kann, gehört ebenfalls zu den alltäglichen Erscheinungen. Der Tod ist sozusagen allgegenwärtig. Der Zusammenhang zwischen Todesfällen und der Präsenz einer Intensivschwester wie Michaela R. ist demnach per se kein unwahrscheinlicher. Zudem kommt ein solcher Zusammenhang als ein Ursache-Wirkungsverhältnis nicht in den professionellen Blick, weil dieser nicht auf die Todesfälle selbst, sondern auf deren Ver-

meidung ausgerichtet ist. Es besteht daher zu Todesfällen eine notwendige professionelle Distanz und deren Ursachen werden zunächst immer den Verstorbenen, deren Erkrankungen und den stets möglichen Komplikationen im Behandlungsverlauf zugerechnet.

Ein zweiter Aspekt der Gelegenheitsstruktur ist die intramurale Normalität all dessen, was dem außenstehenden Laien als eine Ausnahme erscheint. Weil nämlich mit Unerwartetem und mit Komplikationen zu rechnen ist, muss der Zugang zu Patientinnen und Patienten jederzeit einfach möglich sein. Das ist eine notwendige Bedingung für die Funktion einer Intensivstation. Das medizinische Personal und folglich auch Intensivpflegende wie Michaela R. haben daher qua Berufsposition leichten und unkontrollierten Zugang zu potenziellen Opfern.

Weil nun unvorhergesehene Ereignisse keine Ausnahmerecheinung auf Intensivstationen sind, sind auch Abweichungen von Routinen bei der Medikamentengabe alltäglich. Die Vorbereitung und Verabreichung von intervenösen Medikamenten gehört zu den Standardaufgaben in der Intensivpflege. Intravenöse Zugänge sind in der Regel vorhanden, weil Medikamente wegen des schnelleren und einfacher zu kontrollierenden Wirkungseintritts häufig nicht oral, sondern intravenös verabreicht werden müssen. Da hierfür keine direkten Eingriffe in den Körper notwendig sind, ist die Medikamentengabe sehr einfach und in kürzester Zeit zu bewerkstelligen. Das heißt, auch der Zugang zu den Tötungsmitteln und die Realisierung einer Tötungsabsicht sind auf Intensivstationen eine relativ einfache Angelegenheit.

Dass, wie im Falle der Michaela R., nicht geplante Medikamentengaben und kurz darauf eintretender Tod zusammenfallen können, ist also keine Ausnahmerecheinung auf einer Intensivstation. Es ist daher nachvollziehbar, dass dies keine besondere Aufmerksamkeit erregt hat oder in keinen kausalen Zusammenhang gebracht wurde.

Auch die Häufung von Todesfällen in Verbindung mit Diensten von Einzelnen ist nicht per se ungewöhnlich, denn unvorhersehbare Ereignisse richten sich nicht nach Dienstplänen. Hinzu kommt konkret, dass Michaela R. sehr oft zusätzliche Dienste, auch Doppelschichten übernommen hat, wenn es einen Personalausfall gab (Landgericht Wuppertal, 1989, S. 34). Sie war daher häufiger als geplant im Dienst, was zumindest theoretisch die Wahrscheinlichkeit erhöhte, dass während ihrer Dienstzeit Sterbefälle vorkamen. Die Wahrnehmung im Team, dass hier eine unglückliche Koinzidenz vorlag, ist ebenfalls nachvollziehbar. Die Titulierung mit makabren Spitznamen (Todesengel) ist dann, anders als in der psychiatrischen Perspektive (vgl. Beine, 1999, S. 496 f.), kein Indiz für einen Außenseiterstatus, sondern als Ausdruck einer kollektiven Verarbeitungsstrategie zu deuten, und bringt symbolisch das Mitfühlen des Teams mit diesem Sachverhalt als berufsbedingtes Schicksal zum Vorschein. All das ist nichts Ungewöhnliches auf einer Intensivstation, denn solche Dinge kommen episodenhaft immer wieder vor und gehören zum narrativen Repertoire – zur Folklore – einer solchen Einrichtung (vgl. Dean & Major, 2008).

5. Das Entstehen einer devianten Praxis

Über diese allgemeinen Überlegungen zum Kontext als Gelegenheitsstruktur hinaus, erweist sich der konkrete Kontext für die Patiententötungen im Wuppertaler Sankt-Petrus Krankenhaus der 1980er Jahre auf Basis der im Prozess gehörten Gutachter als eine medizinisch desolat geführte Intensivstation mit schlechter apparativer und schlechter personeller Ausstattung. Es gab fachliche Streitigkeiten unter den leitenden Medizinern und sich widersprechende Anordnungen (Landgericht Wuppertal, 1989, S. 54 ff.). Regelmäßig kam auch Abwesenheit von

diensthabenden Ärzten hinzu (nachts bestand bspw. lediglich eine Rufbereitschaft) (ebd., S. 28 f.). Organisatorisch hatte dies zur Folge, dass viele Entscheidungen vom Intensivpflegepersonal eigenständig getroffen wurden. Sie waren mehr oder weniger häufig auf sich selbst gestellt.

Das hat sich, weil es offensichtlich ein Dauerzustand war, in eine Art Routine übersetzt. Intensivpflegende nahmen eigenmächtig medizinische Medikationen vor, verabreichten sie nicht wie vorgesehen oder setzten sie umgekehrt nach eigenen Maßstäben ein (ebd., S. 33, S. 80 f.). In der Folge wurde häufig die Dokumentation in den Krankenakten entweder nicht korrekt geführt oder manipuliert. Die Gutachter fanden Behandlungsfehler und/oder Dokumentationsmängel „in erheblicher Zahl“ (ebd., S. 30).

Weiß man um das Anliegen des Pflegepersonals, den Krankenhaus- und Stationsbetrieb am Laufen zu halten (vgl. Elkeles & Crojethovic, 2016, S. 156 f.; Starystach et al., 2018), dann lässt sich das so interpretieren, dass pflegerische Kategorien der Sorge um die Station und ihre Abläufe formalen Kategorien von bspw. Weisungsgebundenheit übergeordnet wurden. Zum Teil wurde wahrscheinlich trotz besseren Wissens entgegen fachlichen Befugnissen gehandelt.

Mit der Routinisierung eines solchen Handelns hat sich dann vermutlich eine kollektive Wahrnehmung von Legitimation eingestellt. Die Intensivpflegenden, weil es in ihren Augen notwendig war, handelten in der Eigenwahrnehmung zu Recht in dieser Art und Weise. Das so entwickelte pflegerische Mind-Set wurde durch den Kontext gestützt. Der Grund ist, dass die behandelnden Ärztinnen und Ärzte von dieser routinisierten Praxis profitierten. Sie waren von einem guten Teil des Alltagsgeschäftes entlastet, mussten sich nicht explizit um Anordnungen und Medikamentengaben kümmern und keine Rückfragen stellen, wenn der Betrieb scheinbar reibungslos lief. Eine solche Duldung kann als stillschweigendes Einvernehmen wahrgenommen werden (Landgericht Wuppertal 1989, S. 65), weil alle zu wissen und hinzunehmen scheinen, wie die Praxis sich gestaltet. Das verstärkt die Tendenz von Routinisierung und Normalisierung einer abweichenden Praxis (vgl. Besio 2018). Eine deviante Praxis wird auf diese Weise Teil der ausgehandelten Ordnung (vgl. Strauss et al., 1963) und durch Habitualisierung zur informellen Norm als Teil der Organisationskultur.

Erfahrene Intensivpflegekräfte, wie es Michaela R. eine war, können lange in einem solchen Kontext arbeiten. Sie verfügen aufgrund langjähriger Praxis auch über das notwendige Maß an Kompetenz, Patientinnen und Patienten trotz fehlender fachlicher Legitimation, intensivmedizinisch stabil zu führen. Fragil wird eine solche Konstruktion für Intensivpflegende aber immer dann, wenn Mediziner ihre fachliche Autorität punktuell durchsetzen, die eingelebte Routine also durchbrochen wird. Wenn z. B., was in Wuppertal offenbar vorkam, bei hochaltrigen Multimorbiden maximaltherapeutische Maßnahmen ohne Reflexion auf deren Gebotenheit angewendet werden, dann konfliktieren die professionellen Standards der beiden Berufsgruppen. Pflegenden stellen den Sinn der medizinischen Therapie und damit die ärztliche Autorität in Frage. Eine medizinisch durchgesetzte Praxis, zumal wenn es Streitigkeiten um die Zuständigkeiten gibt, wird dann als unmenschlich wahrgenommen und normativ abgelehnt. Auf Intensivstationen ist diese Konfliktlinie ein Dauerzustand (Landgericht Wuppertal 1989, S. 42 ff.). Das kann eine bestehende deviante Praxis aufrechterhalten, was im Wuppertaler Krankenhaus wohl auch der Fall war.

Wenn, wie im vorliegenden Fall, die interprofessionelle Kommunikation gestört ist, muss jede Einzelperson ihren eigenen Umgang damit finden. Ohne es psychologisieren zu wollen, können aufkommender Zynismus und grobe Sprache empirisch als Indikatoren für einen solchen

Spannungszustand gedeutet werden. Zynische Kommentare wurden von Michaela R. im Einzelfall selbst im Übergabebuch dokumentiert und auch von Zeuginnen und Zeugen wurden solche Vorkommnisse im Prozess geschildert (ebd., S. 75).

Folgt man Michaela R.s Darstellung und goutiert die vom Landgericht Wuppertal (ebd., S. 87) und später auch vom BGH in Rechnung gestellte Annahme des Mitleidsmotivs, ist das wohl die Situation gewesen, in der sie sich eigene Maßstäbe für das vermeintlich richtige Handeln gesetzt hat, um in ihren Augen weiteres Leiden zu verhindern. Unabhängig davon, dass wir das weder prüfen können noch vor dem Hintergrund der Problemstellung prüfen müssen, verabreichte sie in den ihr nachgewiesenen Fällen den Patientinnen und Patienten in der Regel eine Kombination von Medikamenten (Clonidin und Kaliumchlorid), die zu deren raschen Tod führte.

Offensichtlich ist, dass dies aufgrund der dargestellten Gelegenheitsstruktur und der durch eine deviante Praxis reduzierten Entdeckungswahrscheinlichkeit für eine gewisse Zeit unentdeckt bleiben konnte. Der nachgewiesene Tatzeitraum beträgt im Vergleich zu anderen Fällen von Patiententötungsserien dabei vergleichsweise kurze vier Monate (Beine, 2011, S. 342 ff.).

6. Teamarbeit und eingelebte Normen

Im Kontext der Intensivstationen, unabhängig davon, ob diese desolat oder gut organisiert sind, agiert eine Pflegekraft nicht alleine. In der Regel arbeitet dort eine größere Anzahl von Pflegenden als Team. Die Tatsache der Teamarbeit und der Teamzusammenhalt, der häufig über den eigentlichen Arbeitskontext hinausreicht (vgl. Schors, 1979, S. 364 ff.), erhöht nun zwar theoretisch die Entdeckungswahrscheinlichkeit, kann auf der anderen Seite aber auch zum organisationalen Schweigen beitragen. Denn empirisch zeigt sich in vielen Fällen ja trotzdem eine lange Latenzzeit. Das lässt sich als ein Hinweis darauf interpretieren, dass Teamdynamiken und -kultur, also diejenigen Dinge, die automatisch mit Teamarbeit einhergehen, ein organisationsspezifischer Kontextfaktor sind, der es verhindert, dass nach außerhalb des Krankenhauses über einen Tötungsverdacht kommuniziert wird.

Konkret waren es zwei Mitglieder des Pflgeteams, bei denen aufgrund einer Zufallsbeobachtung Zweifel am korrekten Handeln von Michaela R. aufkamen (Landgericht Wuppertal, 1989, S. 10 ff.). Für sie erschien es aber undenkbar, dass eine Intensivpflegekraft einem Patienten bewusst Medikamente zu dessen Nachteil verabreichte. Gleichzeitig war Michaela R. nicht nur die viel Erfahrenere, sondern als Stellvertretung der Stationsleitung auch deren Vorgesetzte. Sie war zudem Kontakt- und Ansprechperson des Pflgeteams für die zuständige Chefärztin.

Aufgrund der als legitim erscheinenden devianten Praxis von eigenmächtiger Medikation, stellen der Erfahrungsgradient, die formal-hierarchische und die informelle Stellung sowie die berufssozialisatorisch bedingte Kollegialität im Pflgeteam Feld-typische Hindernisse dar, dem gehegten Verdacht und den eigenen Beobachtungen zu trauen. Die beiden zweifelten trotz sicherer Indizien (ebd., S. 105). Es konnte sich ja um ein Missverständnis, um einen Irrtum handeln, und die scheinbar unpassenden Medikamente (konstatiert auf Basis verdächtiger Ampullenreste im Abfall) sowie der Kreislaufstillstand und Tod konnten eine andere Erklärung haben (vgl. Gibiec, 1990, S. 23). Dieses selbstverständliche Festhalten an Krankenhaus-typischen Deutungs-routinen – der organisationale Konservatismus – wird durch die Teamstrukturen und -kultur gestützt, da Deutungs-routinen kollektiv getragen, reproduziert und in der

Berufssozialisation tradiert werden. Deren Internalisierung reduziert dabei verlässlich Kontinenz und liefert die notwendigen Handlungsorientierungen. Deutungsroutrinen haben daher auch einen organisationalen Nutzen.

Konkret war es dann so, dass die beiden Pfleger sich dazu entschieden, abzuwarten. Sie wollten nach ihrer eigenen Darstellung aber versuchen, Michaela R. „zu kontrollieren, soweit das möglich war“ (ebd.; Landgericht Wuppertal, 1989, S. 120). Das ist bemerkenswert und weist auf das Dilemma hin, das damit eingeht, eine Teamkollegin einer Tötung zu verdächtigen. Wenn man nicht von einer nachträglichen Rationalisierung ausgeht, ist das eigentlich nur damit zu erklären, dass deren kognitiven Skripte noch nicht derart verfestigt gewesen sind, dass sie es zuließen, ihren Beobachtungen auch andere Möglichkeiten außerhalb der gewohnten Deutungsroutine zuzugestehen.

Das Vorhaben stellte sich jedoch als nicht trivial heraus. Denn es gehört weder zur Berufspraxis, noch zur Organisationskultur im Krankenhaus, dass Handlungen von erfahrenen und vorgesetzten Kolleginnen und -kollegen hinterfragt oder gar kontrolliert werden. So trat für die beiden Pfleger erst lange nach der ersten Beobachtung der Fall ein, dass sie wieder aktiv tätig wurden. Diese Latenzzeit war geprägt davon, dass sie nicht regelmäßig dienstlichen Kontakt hatten, also per se keine eigenständigen Beobachtungen anstellen konnten. Wenn sie dienstlich miteinander zu tun hatten, war es im laufenden Betrieb der Intensivstation nicht einfach möglich, Michaela R. unbemerkt zu beobachten oder zu kontrollieren (vgl. Gibiec, 1990, S. 23 ff.). Es kam offenbar zu keinen besonderen Vorkommnissen, die ihre Zweifel nährten. Mit zunehmendem Abstand, so darf man annehmen, haben diese daher abgenommen. Die grundsätzlich von Vertrauen in die Kolleginnen und Kollegen geprägte Teamkultur trat wieder in den Vordergrund der Wahrnehmung. Zur Gelegenheitsstruktur kommen somit informelle Normen als erklärendes Element für organisationales Schweigen hinzu.

7. Etablierte Interaktionsmuster

Ein weiterer Faktor findet sich auf der Ebene von Interaktion in der Organisation Krankenhaus. Erst das Zusammentreffen mehrerer Dinge erzeugte nämlich nach der mehrmonatigen Latenzphase Dynamik.

Unerwartet verstarb im Nachtdienst von Michaela R. eine Intensivpatientin, sie hatte dazu im Übergabebuch merkwürdige Aufzeichnungen hinterlassen, und die beiden o.g. Pfleger waren im Tagdienst eingeteilt. Die beiden informierten daraufhin einen der Ärzte über den von ihnen gehegten Verdacht (Landgericht Wuppertal, 1989, S. 118 ff.). Dieser entnahm der Toten zwar Blutproben, hatte aber grundsätzliche Zweifel am geäußerten Verdacht und unternahm nichts weiter.

Diese Art der Interaktion – die Weitergabe einer Information an den fachlich weisungsbefugten Arzt mit der daran geknüpften Erwartung an Entscheidungen und Handlungsanweisungen – ist im Krankenhaus evident. Sie ist Teil der formalen und der ausgehandelten Ordnung. Umso erstaunlicher, dass die beiden Pfleger entgegen dieser Ordnung und unter Vorspiegelung falscher Tatsachen eigenmächtig eine Laboruntersuchung erwirkten. Trotz Nachweis eines hohen Kaliumwertes unternahm der darüber informierte Arzt jedoch nichts, nachdem er sich bei einem Pathologen versichert hatte, dass hohe Kaliumwerte im Blut Verstorbener keinen relevanten Befund darstellten.

Auch hier findet sich wieder ein Verweis auf die gewohnte Deutungsroutine. Der verdächtige Blutparameter, aus forensischer Sicht ein Indiz, wurde in das gewohnte medizinisch-fachliche Schema eingeordnet und verlor dadurch den Charakter eines Hinweises auf eine mögliche Patiententötung. Weil die beiden Pfleger als Erfüllungsgehilfen ganz im Sinne der etablierten Interaktionsmuster die Entscheidung, was zu tun ist, an den Arzt abgetreten hatten und dieser nichts unternahm, unternahmen auch sie nichts. Wieder verging Zeit.

Einen Monat nach diesem Ereignis verstarben an zwei aufeinanderfolgenden Tagen wiederum unerwartet zwei Patienten, einer nach erfolgloser Reanimation. Beim zweiten Fall wurden im Abfall erneut Ampullenreste eines Medikamentes gefunden, das nicht angeordnet und auch nicht indiziert war. Der zuvor bereits eingeweihte Arzt informierte daraufhin die Chefärztin.

Auch das ist noch Teil der üblichen Interaktionen im Krankenhaus. Bei komplexen Fällen wird die nächst-ranghöhere Person hinzugezogen, zur Sachlage informiert und soll entscheiden, was zu tun ist. Die Chefärztin ließ sich von den Beteiligten alle Details schildern und verordnete zunächst „strengstes Stillschweigen“ (ebd., S. 130). Mit diesem Vorgang greift nun eine weitere Interaktionskomponente, denn Anweisungen sind in der berufsständischen Versäulung des Krankenhauses eigentlich lediglich in fachlicher Hinsicht bindend. Dass hier aber alle Beteiligten – nachgeordneter Arzt und Pflegekräfte – dieser Anordnung Folge leisteten, ist als Teil der (damaligen) Krankenhauskultur zu verstehen, in der die chefärztliche Autorität offenbar über die formale Hierarchiegrenze hinweg Geltung besaß.

Kurz darauf musste derjenige Pfleger, der die initiale Beobachtung gemacht hatte, erneut bei der Chefärztin vorsprechen. Diesmal war auch der von ihr hinzugezogene Justiziar des Krankenhauses anwesend. Er hatte zunächst Michaela R. mit den Vorwürfen konfrontiert, welche sie aber plausibel entkräftigen konnte. Dem Pfleger wurde daher kein Glauben geschenkt, seine Darstellung als „sehr fadenscheinig“ (ebd., S. 131) verworfen.

Hierbei kam sicherlich zum Tragen, dass Michaela R., auch wenn wohl der Umgang mit ihr nicht immer leicht gewesen ist, fachlich hochgeschätzt wurde (vgl. Gibiec, 1990, S. 23 ff.), formal die Ranghöhere und zudem die Vertrauensperson der Chefärztin war. Bei einer erfahrenen Intensivpflegekraft und stellvertretenden Leitung des Pflegeteams kam hier – anders als bei den beiden nachgeordneten Pflegern, denen misstraut und unlautere Motive unterstellt wurden (ebd., S. 25) – ein Vorschussvertrauen ins Spiel.

Vertrauen ist nun im Kontext der Intensivstation ohnehin ein ganz wesentliches Element der Zusammenarbeit und prima facie konstitutiver Bestandteil der Praxis. Die Interaktionspraxis innerhalb und über die Grenze der eigenen Berufsgruppe hinaus, beruht dem Kollegialitätsprinzip der professionellen Organisation folgend (vgl. Klatetzki, 2012, S. 167; Starystach et al., 2018) im Krankenhaus ganz grundsätzlich auf gegenseitigem Vertrauen. Es erfolgt daher in der Regel keine gegenseitige Kontrolle (wobei der Umgang mit Betäubungsmitteln aufgrund gesonderter gesetzlicher Auflagen eine Ausnahme darstellt). Die notwendige Dichte und Frequenz der Interaktionen rund um die Krankenbehandlung führt auf diese Weise zu einem organischen Aufeinander-Angewiesen-Sein, welches es kaum zulässt, an Einzelhandlungen zu zweifeln oder gar am prinzipiellen Zweck von Handlungen zu zweifeln. Zu sehr steht die Aufgabe im Vordergrund, alles im Sinne von Intensivmedizin und -pflege für die Patientinnen und Patienten zu tun. Strauss et al (1963) haben das als – metaphorisch gesprochen – den symbolischen Kitt bezeichnet, der die Organisation zusammenhält. Alles, was über diesen kleinsten gemeinsamen Nenner hinausgeht, sei Sache von Aushandlungen in der Praxis.

Im konkreten Fall wollte der bereits involvierte Arzt dem Verdacht jedoch trotzdem nachgehen und veranlasste die beiden Pfleger, die von ihnen konservierte Blutprobe zu übergeben. Sie

kamen der Aufforderung zwar nach, weil inzwischen aber nachhaltig verunsichert, behielten sie Reste davon zurück. Einerseits ist das typisch. Die Pflegenden verhalten sich wieder als die Erfüllungsgehilfen. Andererseits ist der Vorgang auch erstaunlich, weil sie an ihren Zweifeln und ihrer eigenen Deutung festhielten. Dieses Daran-Festhalten zeigte sich beim nächsten Vorfall erneut, und ist letztlich ein auslösendes Moment dafür gewesen, dass dieser Fall aufgedeckt werden konnte.

Die beiden nahmen nämlich entsprechend ihrem Vorsatz, Michaela R. wenn möglich zu kontrollieren, prophylaktische Kontrollen am Medikamentenbestand vor und dokumentierten diesen (Landgericht Wuppertal, 1989, S. 136). Nach einem weiteren tödlichen Kreislaufzusammenbruch und einer Prüfung der Medikamentenschränke, bei der dann eine Differenz im Ampullenbestand festgestellt wurde, entnahm der wiederum hinzugezogene Arzt auch dieser Toten Blut. Er ließ es in der Rechtsmedizin analysieren und erhielt schließlich einen entsprechenden Befundnachweis. Die daraufhin ins Bild gesetzte Chefärztin suspendierte Michaela R. umgehend. Nach außen hin sollte bis zur weiteren Klärung aber kommuniziert werden, dass sie berufsunfähig krank sei (ebd., S. 158).

Agiert wurde im vorliegenden Fall also zunächst mit internen „Ermittlungen“ (Kontrollen und Laboranforderungen). Diese weisen noch einen Patientenbezug auf. Im zweiten Schritt erfolgten Interaktionen entlang der formalen Hierarchie zur Chefärztin, von dieser zum Justiziar und schließlich auch zur Geschäftsführung. Erst mit diesem letzten Schritt und damit spät, kommen nicht-patientenbezogene Interaktionen ins Spiel, bei der die Administration des Krankenhauses und die Organisationsspitze einbezogen wurde. Weil auf der Organisationsebene im Krankenhaus jedoch typische Parallelwelten von Pflege, medizinischer Profession und Verwaltung bestehen, die jeweils entlang ihrer Eigengesetzlichkeiten operieren, lässt sich von einer Form kollektiver Ignoranz zum jeweiligen Gegenüber sprechen. Bis zu diesem Zeitpunkt spielte sich nämlich noch alles innerhalb der Akteursgruppe ab, die mit der Patientenversorgung beschäftigt ist. Das klinische Interaktionsgeschehen vereint dabei trotz jeweils eigener Hierarchien noch alle Beteiligten rund um die Versorgung. In der formalen Organisation Krankenhaus allerdings sind die Akteure durch die berufsständische Versäulung von Pflege, Medizin und Verwaltung mit ihren jeweiligen Interaktionsmustern und Formen der Arbeitsorganisation auseinanderdividiert. Auf diese Weise können blinde Flecken entstehen und das Einbeziehen Anderer verzögern oder verhindern. Dadurch, dass das Interaktions- und Kommunikationsgeschehen seinerzeit im besagten Wuppertaler Krankenhaus ohnehin gestört gewesen ist, kam dieser Aspekt offenbar besonders zum Tragen.

8. Fazit

Seit dem ersten internen Verdacht war viel Zeit vergangen. Im Grunde führte erst die Kombination mehrerer Zufälle zur Suspendierung von Michaela R., nämlich ein unerwarteter Todesfall während ihrer Spätdienstes bei einer Patientin, die im Frühdienst von demjenigen Pfleger betreut worden war, der die initiale Beobachtung gemacht hatte, zusammen mit dem Nachweis von Unregelmäßigkeiten beim zuvor, abweichend vom Üblichen, dokumentierten und kontrollierten Medikamentenbestand.

Der Tötungsverdacht war bis zu diesem Zeitpunkt jedoch lediglich innerhalb des Krankenhauses kommuniziert worden, nach außen hin herrschte Schweigen. Erst sechs Tage nach diesem letzten Todesfall kam es zu einem Telefonat des Geschäftsführers mit einem ihm persönlich

bekanntem Polizeibeamten. Der Geschäftsführer legte dabei jedoch den Verdachtsfall immer noch nicht offen, sondern erkundigte sich nach Möglichkeiten des Fingerabdrucknachweises bei einem angeblichen Medikamentenmissbrauch (vgl. Gibiec, 1990, S. 22). Aufgrund fehlender organisationaler Regeln für den Umgang mit Situationen, in denen der Verdacht auf eine Patiententötung besteht, lässt sich das lediglich als den hilflosen Versuch einer Führungskraft interpretieren, immer noch selbst die Handlungshoheit behalten zu wollen. Denn in Organisationen wird der Spitzenposition Handlungs- und Entscheidungsfähigkeit zugeschrieben. Der angesprochene Polizist wurde aber offenbar misstrauisch und informierte umgehend die Kriminalpolizei. Erst über diesen Umweg, und damit ohne ein eigentliches Ende des organisationalen Schweigens, führte das kurze Zeit später zu Michaela R.s Verhaftung.

Zusammengefasst zeigt der Fall der Michaela R.:

- Das Krankenhaus und insbesondere seine Intensivstationen stellen eine besondere Form von Gelegenheitsstruktur dar, die die Entdeckungswahrscheinlichkeit von Patiententötungen geringhält, aber gleichzeitig den Zugang zu Opfern und Tötungsmitteln leicht macht.
- Krankenhaus-externe formale Regulierung durch Strafgesetzgebung und Normen bieten im Falle von Patiententötungen keine Orientierung, denn aus ihnen folgen keinerlei interne formale Handlungs- und Interaktionsregeln, die die organisationale Praxis in solchen Fällen anleiten.
- Die organisationale Praxis folgt deshalb informellen, institutionalisierten und habitualisierten Mustern und kann dabei auch deviante Formen annehmen.
- Diese Muster sind Teil der Organisationskultur und beinhalten vor allem vertrauensbasierte Arbeitsteilung in der Versorgung mit wenig Kontrolle, selbstverständliches Festhalten an Krankenhaus-typischen Deutungsroutrinen, Kollegialität und informelle (Berufs-) Gruppennormen sowie berufsständische Versäulung mit entsprechenden Interaktionsformen und damit einhergehenden blinden Flecken.

Das Zusammenkommen dieser Faktoren kann mehr oder weniger langandauerndes organisationales Schweigen zur Folge haben. Um also erklären zu können, warum Patiententötungen wie im vorliegenden Fall lange nicht nach außerhalb des Krankenhauses öffentlich gemacht werden, so lässt sich schließen, muss nicht unbedingt auf Absichten und Motive Einzelner rekurriert, sondern es können die spezifischen organisationalen Bedingungen und Besonderheiten dafür in den Blick genommen werden. Diese sind der Organisation selbst zuzurechnen. In ihrem Zusammenhang weisen sie als emergente Erscheinung darauf hin, dass organisationales Schweigen als Begriff und Konzept in der hier verwendeten Version, das nicht vom individuellen Schweigen ausgeht und dieses aggregiert, als Erklärungsstrategie für lange Latenzzeiten im Falle von Patiententötungen tragfähig ist, und daher in der Forschung zu diesem Gegenstand Beachtung verdient.

Man darf darüber hinaus annehmen, dass auch in anderen Fällen fundamentaler Regelbrüche wie bspw. bei den Missbrauchsfällen in der Kirche Analysen zum organisationalen Schweigen relevante Erkenntnisse zu Tage fördern könnten (vgl. hierzu den Sammelband hrsg. v. Starystach & Höly, 2021). Löst man sich demnach von einer Täter-Zentrierung und der Suche nach möglichen Motiven, dann könnten sich in einer auf die Organisation zentrierten Perspektive Erkenntnisse zum organisationalen Schweigen auch für die Entwicklung von wirksamen und nachhaltigen Präventionsmaßnahmen als nützlich erweisen, da sie nicht den austauschbaren Einzelnen, sondern den jeweiligen beständigen organisationalen Kontext, in dem sich die Taten abspielen, adressieren.

Literaturverzeichnis

- o.A. (2022). *Niels Högel*. Wikipedia. https://de.wikipedia.org/wiki/Niels_H%C3%B6gel (2022, 01. September)
- Bär, S. (2011). *Das Krankenhaus zwischen ökonomischer und medizinischer Vernunft. Krankenhausmanager und ihre Konzepte*. VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Bär, S. & Pohlmann, M. (2016). Kurswechsel im Krankenhaus. Auf dem Weg zu einer Markt- und profitorientierten Dienstleistungsorganisation? In W. Vogd & I. Bode (Hrsg.), *Mutationen des Krankenhauses. Soziologische Diagnosen in organisations- und gesellschaftstheoretischer Perspektive* (S. 229–250). Springer VS.
- Bär, S. & Pohlmann, M. (2018). Autonomieverlust der Medizin? Zum Strukturwandel moderner Großkrankenhäuser in Deutschland, Österreich und der Schweiz. *Industrielle Beziehungen, Zeitschrift für Arbeit, Organisation und Management*, (4), 411–430. <https://doi.org/10.3224/indbez.v24i4.03>
- Bär, S. & Starystach, S. (2017). Arbeitsbedingungen in der Krankenhauspflege. Ein (institutionen-) theoretischer und empirischer Beitrag zur Analyse der Organisation Krankenhaus. *Soziale Welt*, (4), 385–403. <https://doi.org/10.5771/0038-6073-2017-4-385>
- Bär, S. & Starystach, S. (2018). Psychische Belastungen des Pflegepersonals im Krankenhaus: Effekte von Status und Organisationsstrukturen. *Das Gesundheitswesen*, (8-9), 693–699. <https://doi.org/10.1055/s-0042-123850>
- Beine, K. H. (1999). Krankentötungen in Kliniken und Heimen. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie*, (11), 493–501.
- Beine, K. H. (2003). Homicides of patients in hospitals and nursing homes. A comparative analysis of case series. *International Journal of Law and Psychiatry*, (4), 373–386. [https://doi.org/10.1016/S0160-2527\(03\)00045-1](https://doi.org/10.1016/S0160-2527(03)00045-1)
- Beine, K. H. (2011). *Krankentötungen in Kliniken und Heimen. Aufdecken und Verhindern* (2. Aufl.). Lambertus.
- Beine, K. H. & Turczynski, J. (2017). *Tatort Krankenhaus. Wie ein kaputtes System Misshandlungen und Morde an Kranken fördert*. Droemer.
- Besio, C. (2018). Organisationale Devianz. Schleichende Veränderungen durch Wiederholung in Organisationen. In N. O. Eke & P. Hohlweck (Hrsg.), *Zersetzung. Automatismen und Strukturauflösung* (S. 123–137). Fink.
- Brinsfield, C. T. (2013). Employee silence motives: Investigation of dimensionality and development of measures. *Journal of Organizational Behavior*, (5), 671–697. <https://doi.org/10.1002/job.1829>
- Bundesgerichtshof (1991). Urteil des 3. Strafsenats vom 8. Mai 1991, BGH St 37, 376-379.
- Csef, H. (2016). Narzisstisch motivierte Patientenmorde. Eine Analyse von Mordserien durch Schwestern und Pfleger im 21. Jahrhundert. *Internationale Zeitschrift für Philosophie und Psychosomatik*, (2), 1–9.
- Dean, R. A. K., Major, J. E. (2008). From critical care to comfort care: the sustaining value of humour. *Journal of clinical nursing*, (8), 1088–1095. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.02090.x>
- Englert, C. J. M. & Heubrock, D. (2017). *Patiententötung. Hintergründe, Motive und Konsequenzen für die Patientensicherheit*. Verlag für Polizeiwissenschaft.
- Eifler, S. (2001). Gelegenheitsstrukturen und Kriminalität. In S. Eifler, S. Schmidt, C. Benstrup, M. Hegeler, I. Pessara, C. Porr & M. Ratzka (Hrsg.), *Gelegenheitsstrukturen und Kriminalität. Soziale Probleme, Gesundheit und Sozialpolitik. Materialien und Forschungsberichte Nr. 2*. (S. 5–16). Universität Bielefeld.
- Elkeles, T. & Crojethovic, M. (2016). Informalität in Krankenhausorganisationen – Motor oder Hindernis? In I. Bode & W. Vogd (Hrsg.), *Mutationen des Krankenhauses. Soziologische Diagnosen in organisations- und gesellschaftstheoretischer Perspektive* (S. 143–161). Springer VS.
- Farrell, M. (2018). *Criminology of Serial Poisoners*. Palgrave Macmillan.

- Field, J. & Pearson, A. (2010). Caring to death: the murder of patients by nurses. *International journal of nursing practice*, (3), 301–309. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2010.01845.x>
- Forrest A.R.W. (1995). Nurses Who Systematically Harm Their Patients. *Medical Law International*, (4), 411–421.
- Geilen, G. (1992). Mitleid von (und mit) Todesengeln. Zur Strafbarkeit eigenmächtiger Euthanasie. In M. Seebode (Hrsg.), *Festschrift für Günter Spendel. Zum 70. Geburtstag am 11. Juli 1992*, S. 519–536. De Gruyter.
- Gibiec, C. (1990). *Tatort Krankenhaus. Der Fall Michaela Roeder*. Dietz.
- Kaplan, R. (2007). The clinicide phenomenon: an exploration of medical murder. *Australasian psychiatry: bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*, (4), 299–304. <https://doi.org/10.1080/10398560701383236>
- Kizer, K. W. & Yorker, B. C. (2010) Health Care Serial Murder: A Patient Safety Orphan. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, (4), 186–191. [https://doi.org/10.1016/s1553-7250\(10\)36031-4](https://doi.org/10.1016/s1553-7250(10)36031-4)
- Klatetzki, T. (2012). Professionelle Organisationen. In M. Apelt & V. Tacke (Hrsg.), *Handbuch Organisationstypen*, (S. 165–183). Springer VS.
- Knoll, M. & van Dick, R. (2013). Do I Hear the Whistle...? A First Attempt to Measure Four Forms of Employee Silence and Their Correlates. *Journal of Business Ethics*, (2), 349–362. <https://doi.org/10.1007/s10551-012-1308-4>
- Lamnek, S. (2005). *Qualitative Sozialforschung* (4. Aufl.). Beltz.
- Landgericht Wuppertal (1989). *Urteil vom 11.09.1989. Aktenzeichen 25 Ks 26 Js 233/86 (21/88 V)*.
- Lubaszka, C. K. & Shon, P. C. (2013). Reconceptualizing the notion of victim selection, risk, and offender behavior in healthcare serial murders. *Journal of Criminal Psychology*, (1), 65–78. <https://doi.org/10.1108/20093821311307776>
- Lubaszka, C. K., Shon, P. C. & Hinch, R. (2014) Healthcare Serial Killers as Confidence Men. *Journal of Investigative Psychology and Offender Profiling*, (11), 1–18. <https://doi.org/10.1002/jip.1394>
- Maisch, H. (1997). *Patiententötungen. Dem Sterben nachgeholfen*. Kindler.
- Mannion, R. & Davies, H. (2015). Cultures of Silence and Cultures of Voice. The Role of Whistleblowing in Healthcare Organisations. *International Journal of Health Policy and Management*, (4), 503–505. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2015.120>
- Mayring, P. (1991). Qualitative Inhaltsanalyse. In U. Flick, E. v. Kardoff, H. Keupp, L. v. Rosenstiel & S. Wolff (Hrsg.), *Handbuch qualitative Forschung: Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen* (S. 209–213). Beltz.
- Morrison, E. & Milliken, F. (2000). Organizational Silence. A Barrier to Change and Development in a Pluralistic World. *The Academy of Management Review*, (4), 706–725. <https://doi.org/10.2307/259200>
- Osterbrink, J. & Andratsch, F. (2015). *Gewalt in der Pflege. Wie es dazu kommt, wie man sie erkennt, was wir dagegen tun können*. Beck.
- Pohlmann, M., Bitsch, K. & Klinkhammer, J. (2016). Personal gain or organizational benefits? How to explain active corruption. *German Law Journal*, (1), 73–100. <https://doi.org/10.1017/S2071832200019696>
- Pohlmann, M. & Höly, K. (2017). Manipulationen in der Transplantationsmedizin. Ein Fall von organisationaler Devianz? *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, (2), 181–207. <https://doi.org/10.1007/S11577-017-0436-3>
- Pohlmann, M. (2021). The Silence of Organizations - The Difficulties of Organizations to Detect and Unveil Capital Crimes, In S. Starystach & K. Höly (Hrsg.), *The Silence of Organizations. How Organizations Cover up Wrongdoings* (S. 45–58). Heidelberg University Library heiBOOKS.
- Pundt, A. (2013). Organisationales Schweigen und Innovation. In D. E. Krause (Hrsg.), *Kreativität, Innovation, Entrepreneurship* (S. 285–304). Springer Gabler.
- Ramsland, K. M. (2007). *Inside the minds of healthcare serial killers. Why they kill*. Praeger Publishers.

- Richter, D. & Sauter, D. (1997). *Patiententötungen und Gewaltakte durch Pflegekräfte. Beweggründe, Hintergründe, Auswege*. DBfK.
- Schmidtbauer, W. (1977). *Die hilflosen Helfer. Über die seelische Problematik der helfenden Berufe*. Rowohlt.
- Schors, R. (1979). Beobachtungen zur Psychodynamik einer Intensivstation. *Psyche. Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen*, (4), 343–363.
- Seipel, C. (1999). Die Bedeutung von Gelegenheitsstrukturen in der 'General Theory of Crime' von M. R. Gottfredson & T. Hirschi. *Soziale Probleme*, (2), 144–165.
- Starystach, S., Bär, S., Ernst, C. & Streib, C. (2018). Organisationale Hindernisse auf dem Weg zur Profession. Eine wissenssoziologische Untersuchung über das berufliche Selbstverständnis von Pflegekräften im Krankenhaus. *Arbeit. Zeitschrift für Arbeitsforschung, Arbeitsgestaltung und Arbeitspolitik* (3), 191–212. <https://doi.org/10.1515/arbeit-2018-0017>
- Starystach, S. & Bär, S. (2019). Feindliche Übernahme? Krankenhauspflege in Zeiten der Ökonomisierung. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* (2), 211–235. <https://doi.org/10.1007/s11577-019-00622-w>
- Starystach, S. & Höly, K. (Hrsg.) (2021). *The Silence of Organizations. How Organizations Cover up Wrongoings*. Heidelberg University Library heiBOOKS.
- Strauss, A., Schatzman, L.; Ehrlich, D.; Bucher, R. & Sabshin, M. (1963). The Hospital and its Negotiated Order. In E. Freidson (Hrsg.), *The Hospital in Modern Society* (S. 147–169). Free Press.
- Whiting, S., Maynes, T., Podsakoff, N. & Podsakoff, P. (2012). Effects of message, source, and context on evaluations of employee voice behavior. *The Journal of Applied Psychology*, (1), 159–182. <https://doi.org/10.1037/a0024871>
- Willey, L. (1981). Liability For Death: Nine Nurses' Legal Ordeals. *Nursing*, (9), 34–43. <https://doi.org/10.1097/00152193-198109000-00001>
- Yardley, E. & Wilson, D. (2016). In Search of the 'Angels of Death'. Conceptualising the Contemporary Nurse Healthcare Serial Killer. *Journal of Investigative Psychology and Offender Profiling*, (1), 39–55. <https://doi.org/10.1002/jip.1434>
- Yorker, B. C. (1988). Nurses Accused of Murder. *American Journal of Nursing*, (10), 1327–1339.
- Yorker, B. C. (1994). An Analysis of Murder Against Nurses. *Journal of Nursing Law*, (3), 35–46.
- Yorker, B. C. (2018). *Expert Review for the Public Inquiry into the Safety and Security of Residents in the Long Term Care Homes System*. http://longtermcareinquiry.ca/wp-content/uploads/Exhibit-163_Expert-Report-of-Professor-Beatrice-Crofts-Yorker.pdf (2022, 29. November)
- Yorker, B. C., Kizer, K. W., Lampe, P., Forrest, R. W., Lannan, J. M. & Russell, D. A. (2006). Serial Murder by Healthcare Professionals. *Journal for Forensic Science*, (6), 1362–1371. <https://doi.org/10.1111/j.1556-4029.2006.00273.x>

Kontakt | Contact

Stefan Bär | Max-Weber-Institut für Soziologie | Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg | stefan.baer@mwi.uni-heidelberg.de