

TÖTUNGSSERIEN IN KRANKENHÄUSERN UND HEIMEN

Morden gegen das Leiden

Patiententötungen haben vielfältige Ursachen. Nicht zuletzt verweisen sie auf die Unfähigkeit einer Gesellschaft, den Umgang mit Sterben und Tod zu einer selbstverständlichen Gemeinschaftsaufgabe zu machen.

Karl H. Beine



Foto: picture alliance/scampix

Der amerikanische Krankenpfleger Charles Cullen hat über einen Zeitraum von 16 Jahren (1988–2003) mehr als 30 Patienten in verschiedenen Krankenhäusern in New Jersey und Pennsylvania umgebracht. Im Laufe der Ermittlungen wurde bekannt, dass es lange vor der Verhaftung von Cullen offenkundige Hinweise auf verdächtiges Verhalten gab. Cullen fand mehrfach eine neue Anstellung in einem anderen Haus und tötete erneut kranke Menschen, bis er auch dort entlassen wurde. Was die einzelne Klinik immer vermeiden wollte, das trat ein – der Ruf aller beteiligten Krankenhäuser und des gesamten Gesundheitswesens wurde massiv geschädigt (1). Serientötungen in Kliniken und Heimen sind ein weltweites Phänomen (2).

In Hannover wurde im Februar 2004 die 54-jährige Ärztin Dr. Mechtild B. verhaftet. Sie soll in einer Klinik in Langenhagen mehrere Patienten umgebracht haben. Der Prozess steht noch aus (3). Seit dem 18. April 2007 stand die 54-jährige Krankenschwester Irene B. in Berlin vor Gericht. Sie war angeklagt, auf der kardiologischen Intensivstation der Charité sechs Menschen getötet zu haben und es bei zwei weiteren Patienten versucht zu haben (4). Sie wurde am 29. Juni zu lebenslanger Haft wegen Mordes an fünf Patienten verurteilt.

Methode

Die Untersuchung der Tötungsserien in Krankenhäusern und Heimen analysiert die bisher bekannt gewordenen Fälle von Serientötungen im

Gesundheitswesen seit 1970. Es wurden entweder die Gerichtsunterlagen oder die vorhandenen Publikationen ausgewertet. Tötungsdelikte von Mitarbeitern der Gesundheitsberufe außerhalb von Krankenhäusern und Heimen wurden ausgeschlossen (5).

Die vorhandenen Gerichtsunterlagen beziehungsweise Veröffentlichungen wurden nach einem Raster ausgewertet, das spezifische Täter- und Tatortmerkmale erfasste. Außerdem wurden die Tötungsmittel systematisch erfasst. Anhand der Erkenntnisse in den Einzelfällen wurde das Datenmaterial im Hinblick darauf analysiert, ob generelle Frühwarnhinweise, charakteristische Persönlichkeitsmerkmale bei den Tätern und auffällige Gemeinsamkeiten in den jeweiligen Tätigkeitsbereichen erkennbar sind.

Die Täter

Für nahezu alle Täter wird eine überdurchschnittlich große primäre Selbstunsicherheit beschrieben. Bei mehreren Tätern war eine emotionale Verslossenheit vorhanden und der Hang, Beziehungen vorwiegend rational-distanzierend zu gestalten. Es wurde jedoch auch die Neigung beobachtet, sich vordergründig fröhlich zu geben. Bei mehreren Tätern bestand die Neigung, sich als Leiter vorbildlich geführter Stationen oder Heime zu präsentieren. In diesen Fällen waren deutliche Macht- und Dominanzbestrebungen vorhanden. So sehr sich in der isolierten Betrachtung der Einzelbiografien auch Erklärungen für die spätere Entwicklung und Taten aufdrängen, so wenig lassen

sich im Querschnittvergleich übergreifende Gemeinsamkeiten finden.

Dass gravierende psychische Auffälligkeiten bei den Tätern nicht vorhanden waren, dafür sprechen die in den Gerichtsprozessen gewonnenen Erkenntnisse. Alle Täterinnen und Täter wurden einer forensischen Begutachtung unterzogen. In Deutschland stellte das zuständige Gericht lediglich im Fall Reinhard B. (*siehe Kasten Fall II*) fest, dass die Voraussetzungen für eine verminderte Schuldfähigkeit gegeben seien.

Die Untersuchungsergebnisse zeigen, dass nach der ersten Tat die Bereitschaft steigt, erneut zu töten. Am deutlichsten formuliert dies Waltraud W., eine der Wiener Krankenschwestern (Fall IV). Sie sagte, dass ihr die *Sterbehilfe* (nicht gesondert ausgewiesene Zitate entstammen den Gerichtsakten und sind kursiv gedruckt) zur Gewohnheit geworden sei. Viele der späteren Opfer waren erst kurz zuvor in die jeweilige Einrichtung aufgenommen worden, sodass es für die Täter unmöglich war, eingehende Kenntnisse der Krankengeschichte und der Prognose zu haben oder gar die Wünsche der Patienten zu kennen. Die Untersuchungsergebnisse deuten darauf hin, dass die entscheidenden Impulse für die Krankentötungen eher auf der Persönlichkeit der Täter und auf das unmittelbare berufliche Umfeld verweisen als auf die Leiden der Opfer.

Von vielen Tätern wurde später bekannt, dass sie mehr als andere Mitarbeiter eigenmächtig nicht verordnete Medikamente verabreichten, die Gabe nicht dokumentiert

und sich über Anordnungen hinweggesetzt hatten. An den jeweiligen Tatorten versagten externe Kontrollen. Auffällig ist, dass mehrere Täter gegenüber Kollegen verblüffende „Prognosen“ über den Todeszeitpunkt einzelner Patienten oder Heimbewohner abgaben (16).

Die Arbeitsfelder

Den spezifischen Tatort für Krankentötungen im Gesundheitswesen gibt es nicht. Die Tötungsserien geschahen überwiegend in peripheren Krankenhausstationen, weniger häufig in Heimen und auf Intensivstationen. Aus Arbeitsbelastung und Arbeitsklima lassen sich keine kausalen Erklärungen für Krankentötungen ableiten. Sie geschahen da, wo die Belastung als durchschnittlich oder sogar als unterdurchschnittlich eingeschätzt wurde, wie zum Beispiel in Wuppertal (Fall III) ebenso wie dort, wo die Verhältnisse eindeutig überfordernd und gestört waren, wie zum Beispiel in Wien. Es kam zu Serientötungen an Orten, wo regelmäßige Dienstbesprechungen und Balint-Gruppen üblich waren wie an Orten, wo gemeinsame Konferenzen fehlten.

Unmittelbar im Zusammenhang mit der Leichenschau wurden lediglich in Gütersloh die Ermittlungen ausgelöst, bei allerdings schon vorhandenem Anfangsverdacht. In keinem anderen Fall führte die unmittelbare in Augenscheinnahme des Leichnams zu einem Verdacht. Im Rahmen der Gerichtsverfahren wurde in mehreren Fällen bekannt, dass die Leichenschauen verspätet und oberflächlich durchgeführt worden waren. In Wien waren sie in Einzelfällen ganz unterblieben.

In der weit überwiegenden Mehrzahl sind die Täter Außenseiter. Bereits im Vorfeld ihrer Entdeckung wurden die Täter mit einschlägigen Spitznamen belegt. So wurden zum Beispiel Michaela R. im Kollegenkreis als „Todesengel“, Wolfgang L. als „Vollstrecker“ und Waltraud W. als „Hexe“ bezeichnet. Nicht selten findet man Verhaltensweisen der direkten Kollegen, die mindestens wie „aktives Nicht-wissen-wollen“ erscheinen (17). Die Reaktionen der Vorgesetzten auf erste interne Ver-

dächtigungen reichen von unzureichenden Aufklärungsbemühungen bis hin zu offensichtlichem Desinteresse und Verdrängungen. Es wird aber deutlich, dass der Umgang mit beginnenden Verdächtigungen überall durch eine ausgeprägte Abwehraltung gekennzeichnet ist. Die Tragik dieser langen Latenzzeiten besteht darin, dass in diesen Phasen weitere Krankentötungen geschehen. So tötete Rudi Z., nachdem ihn sein Arbeitgeber entlassen und Strafanzeige gegen ihn erstattet hatte, mindestens eine weitere Patientin, nachdem er eine neue Anstel-

lung gefunden hatte. Bei Michaela R. wurde erstmalig im September 1985 ein offensichtlich verdächtiges Verhalten beobachtet. Es geschah bis Februar 1986 sechs weitere nachgewiesene Tötungen. Wolfgang L. wird bereits im September 1990 intern verdächtigt, unverordnete Medikamente zu verabreichen und damit lebensbedrohliche Komplikationen verursacht zu haben. Er tötet noch vier weitere Menschen.

Viele Kollegen berichten in den späteren Vernehmungen über ihre Angst, einen vertrauten Mitarbeiter vorschnell und zu Unrecht zu be-

DIE FÄLLE

Zwischen 1970 und 2006 wurden weltweit 43 Mitarbeiter aus Gesundheitsberufen wegen Tötungsserien verurteilt. Die Zahl der nachgewiesenen Opfer betrug 305, die Zahl der Verdachtsfälle lag bei 2 079 (6).

In deutschsprachigen Ländern wurden seit 1970 acht Gerichtsverfahren aufgrund von Tötungsserien in Kliniken oder Heimen durchgeführt:

- I. 1976 verurteilte das Landgericht Wuppertal den damals 46 Jahre alten Krankenpfleger Rudi Z. zu einer lebenslangen Freiheitsstrafe. Ihm wurden zwei Morde, vier Mordversuche und eine Körperverletzung nachgewiesen. Begangen hatte er die Taten zwischen November 1970 und Januar 1971 (7).
- II. 1982 wurde der 32-jährige Krankenpfleger Reinhard B. vom Freiburger Landgericht wegen siebenfachen Körperverletzung mit Todesfolge zu einer siebenjährigen Gefängnisstrafe verurteilt. Ihm wurde nachgewiesen, dass er im Krankenhaus Rheinfelden im Dezember 1975 sieben Patienten tödliche Dosen von Herzglykosiden verabreicht hatte (8).
- III. 1989 stand die damals 30-jährige Krankenschwester Michaela R. vor Gericht. Auf der Intensivstation des Wuppertaler St. Petrus-Krankenhauses hatte sie 1985 und 1986 mehrere Patienten mit Kaliumchlorid und Clonidin getötet. Das Urteil: Eine elfjährige Freiheitsstrafe wegen Totschlags in fünf Fällen, fahrlässiger Tötung und versuchten Totschlags in jeweils einem Fall (9).
- IV. 1991 wurden in Wien die Krankenpflegehelferinnen Waltraud W. (15 Morde und 16 Mordversuche), Irene L. (drei Morde, zwei Beihilfen zum Mord), Maria G. (zweifacher Mordversuch) und Stephanie M. (siebenfacher Mordversuch) verurteilt. Die Straftaten wurden zwischen 1983 und 1989 verübt. Waltraud W. und Irene L. erhielten eine lebenslange Freiheitsstrafe. Maria G. musste für 15 Jahre und Stefanie M. für 20 Jahre ins Gefängnis (10).
- V. 1993 verurteilte das Landgericht Bielefeld den damals 36-jährigen Krankenpfleger Wolfgang L. wegen Totschlags in zehn Fällen zu einer Freiheitsstrafe von 15 Jahren. Er hatte im Verlauf des Jahres 1990 zehn Patienten auf der Intensivstation der Westfälischen Klinik Gütersloh getötet (11).
- VI. Im Februar 2006 verurteilte das Luzerner Obergericht im Berufungsverfahren den Krankenpfleger Roger A. wegen siebenfachen Mordes und 15-fachen Totschlags und wegen drei vollendeter und zwei unvollendeter Tötungsversuche. Das Gericht bestätigte die erstinstanzlich verhängte lebenslange Zuchthausstrafe (12).
- VII. Die 27-jährige Altenpflegerin Michaela G. brachte zwischen 2003 und 2005 im Limbach-Stift, einem Alten- und Pflegeheim in Wachtberg, acht Heimbewohner um. Sie wurde dafür vom Landgericht Bonn im Februar 2006 zu einer lebenslänglichen Gefängnisstrafe verurteilt (13).
- VIII. Im November 2006 wurde der 28-jährige Krankenpfleger Stephan L. vom Landgericht in Kempten (Allgäu) zu lebenslanger Haftstrafe verurteilt. Außerdem verhängte das Gericht ein lebenslanges Berufsverbot. Ihm wurde nachgewiesen, dass er zwischen Januar 2003 und Juli 2004 in der Klinik Sonthofen 28 Männer und Frauen getötet hatte. Zwölf Fälle bewertete das Gericht als Mord, 15 als Totschlag, in einem Fall erkannte es auf Tötung auf Verlangen (14). Das Urteil ist derzeit noch nicht rechtskräftig, weil das Berufungsverfahren noch nicht abgeschlossen ist (15).

schuldigen. Was in den späteren Prozessen gesicherte Erkenntnisse sind, das beginnt zunächst mit vagen, unsicheren und unglaublichen Eindrücken. Insofern spielt auch die Angst des Einzelnen, sich als Denunziant zu betätigen, eine gewichtige Rolle bei der Erklärung dieser langen und fatalen Latenzzeiten.

Es fällt auf, dass an mehreren Tatorten lang andauernde, ungelöste Konflikte vorhanden waren. In Wien wurden zum Beispiel die pflegerischen Mitarbeiter mit ihrer Überlastung und der unzureichenden Personalausstattung völlig allein gelassen. Weder die pflegerische noch die ärztliche Leitung sahen sich in der Lage, die immer wieder beklagten Missstände abzuändern. Waltraud W., eine der Täterinnen, formuliert dies so: *„Die Ärzte haben sich das angehorcht und sagten, das geht mich nichts an, das ist Chefsache. An den ist man jedoch nicht herangekommen. [. . .] Wie wir zum Chef wollten, hatte er keine Zeit. Wir waren bei 40 Patienten oft zu zweit. [. . .] Es hat sich keiner gekümmert, wie wir es machen und wie wir fertig werden, es hat nur immer alles geschehen müssen, [. . .] keiner fragte, wie wir's schaffen.“* Hinzu kam, dass der ärztliche Leiter über Jahre hinweg erheblich an Vertrauen und Glaubwürdigkeit verloren hatte.

Diskussion

Die Täter gehören überwiegend der pflegerischen Berufsgruppe an. Die Hemmschwelle für weitere Tötungen sinkt nach der Ersttat. Mehr als andere verabreichen sie unverordnete Medikamente und sind nachlässig in der Dokumentation. Die Täter sind primär selbstunsichere Menschen und nehmen für ihre Taten nahezu durchgängig das Mitleidsmotiv in Anspruch. Im Hinblick auf die Tätigkeitsfelder kommt der Arbeitsbelastung kein entscheidender Einfluss zu, allerdings gibt es an nahezu allen Tatorten lang andauernde und ungelöste Konflikte. Die Praxis der Leichenschau ist immer unzureichend (18). Auffälligkeiten wurden beispielsweise im Prozess gegen Stephan L. in Kempten bekannt. Eine Kollegin berichtete dem Gericht, sie habe



Foto: Jäger

Den spezifischen Tatort für Krankentötungen gibt es nicht. Die Tötungsserien geschehen überwiegend in peripheren Krankenhausstationen, weniger häufig in Heimen und auf Intensivstationen.

nach einer gemeinsamen Nachtschicht mit Stephan L. und Kollegen zusammengestanden. „Ein Patient war in dieser Nacht gestorben. Da kam er rein und sagte: „Der ist abgekackt“ (19).

Charakteristisch für die Täterpersönlichkeiten ist eine überdurchschnittlich große Selbstunsicherheit. Es spricht vieles dafür, dass diese ausgeprägte Selbstunsicherheit bereits bei der Berufswahl – wenn auch unbewusst – eine Rolle gespielt hat. Viele Helfer erwarten Respekt und Anerkennung für ihren schweren Beruf. Wenn dann der mühsame und anstrengende berufliche Alltag Einzug gehalten hat, persönlicher Stress und Schwierigkeiten am Arbeitsplatz hinzukommen und sich die Erwartungen nicht erfüllen, dann entwickelt sich bei den späteren Tätern eigenes Leiden, über das sie aber nicht sprechen. In der andauernden beruflichen Konfrontation mit kranken und sterbenden Menschen kommt es zu einer diffusen Vermischung von eigenem, nicht ausgesprochenem Leiden mit

dem unterstellten und tatsächlichen Leiden der Patienten.

Einen derartigen Prozess hat M. Klein als „projektive Identifikation“ bezeichnet: Bei diesem Abwehrmechanismus werden Teile des eigenen Ich abgespalten und auf eine andere Person projiziert. Diese abgespaltenen Anteile des eigenen Ich werden so empfunden, als seien sie zu einem Teil der Person des Gegenübers geworden. Daraus resultierend wird dann im Sinne der „projektiven Identifikation“ eigenes Leiden, eigenes Missempfinden auf Patienten übertragen (20). Nahezu alle Täter behaupteten, aus Mitleid getötet zu haben. Sie meinten, dass unter den jeweiligen Umständen das Leben für die Patienten nicht mehr lebenswert, das Leiden sinnlos gewesen sei. Ch. Malèvre, eine französische Krankenschwester, die am 5. Oktober 2003 wegen Mordes an sechs Patienten zu zwölf Jahren Haft verurteilt wurde (21), formuliert es so: „Ich habe geholfen, nicht mehr zu leiden und in Frieden zu gehen. Ich habe nicht getötet“ (22). Auch Wal-

traud W. aus Wien gab vor, dass es ihr nur darum gegangen sei, Menschen von ihrem Leiden zu erlösen (23). Der Schweizer Krankenpfleger Roger A., der 22 Bewohner von Betagtenheimen tötete, brachte in Luzern eine 83 Jahre alte Frau um, indem er eine zusammengefaltete Plastiktüte und ein Tuch auf Nase und Mund der Heimbewohnerin legte. Beides drückte er für etwa fünf Minuten auf das Gesicht der Frau, sodass sie starb (24).

Die Täter schaffen es nicht, mit einer für sie belastenden Situation auf eine reife Weise umzugehen. Schließlich verweisen Tötungsserien auch auf die Unfähigkeit einer Gesellschaft, den Umgang mit Sterben und den Tod zur selbstverständlichen Gemeinschaftsaufgabe zu machen und die letzte Lebenszeit nicht an Spezialinstitutionen zu delegieren. Selbstverständlich kann niemand aus Mitleid töten. Denn Mitleid bedeutet nichts anderes, als im Mit-Leiden das Leiden des anderen mitzutragen. Man nimmt mitfühlend Anteil, nimmt damit einen Teil des fremden Leidens auf sich. Was aber geschieht in einer Täterin, die tötet, weil sie die Qual eines Patienten nicht länger innerlich mittragen kann? Sie handelt gerade nicht aus Mitleid, sondern weil sie diesem nicht gewachsen ist (25). Ch. Malèvre beschreibt das so: „Es ist wahr, dass man sein eigenes Leiden erleichtert, indem man das des anderen erleichtert“ (26). Im Fall Michaela R. stellte das Gericht fest, dass bei ihr „unbewusst das Motiv mitschwang, durch die Beseitigung fremden Leids lasse sich die eigene unerfreulich und schmerzlich gewordene Situation lindern“ (27).

Im Zuge der zunehmenden arbeitsteiligen Organisation der modernen Industriegesellschaften sind der Tod, das Leiden und die damit verbundenen Erfahrungen zunehmend aus der Öffentlichkeit verschwunden und in spezialisierte Einrichtungen delegiert worden. Bei diesen Spezialeinrichtungen handelt es sich überwiegend um Krankenhäuser und Heime, die den gesellschaftlichen Auftrag, mit Krankheit, Behinderung und Tod umzugehen, wahrzunehmen haben

(28). Von den Mitarbeitern in diesen Spezialeinrichtungen wird gefordert, dass die Tugenden wie Mitgefühl, Geduld und Freundlichkeit im Umgang mit leidenden und sterbenden Menschen gelebt werden.

Groß ist dann das Entsetzen in den Medien, wenn ein Fall von Krankentötungen bekannt wird. Die Reduzierung der öffentlichen Diskussion über den Gesundheits- und Sozialbereich auf die Rationalisierungsreserven und die Kosten hat zwangsläufig die Entwertung von Patienten und Bewohnern, aber auch von Mitarbeitern in den Einrichtungen zur Folge. Diese Entwertung wird unterstützt durch eine bestimmte Art der Berichterstattung. So wurden in einer „Spiegel“-Reportage über den Prozess gegen den Krankenpfleger Stephan L. Vorurteile über die angeblich so seelenlosen Reparaturwerkstätten im Gesundheitswesen bedient. Menschen werden da „zwecks Mobilisierung auf Nachtstühle verfrachtet“, „Nah-

mentenbestellungen und Medikamentenvergaben frühzeitig entdeckt und hinterfragt. Zur Verhinderung von Folgetaten ist es wichtig, die Praxis der Leichenschau zu intensivieren und bei aufkommendem Verdacht gezielte Hinweise auf notwendige toxikologische Untersuchungen zu geben. Der Verwendung einschlägiger Spitznamen, wie „Todesengel“ oder „Vollstrecker“, sollte erhöhte Aufmerksamkeit gewidmet werden, ebenso wie einer besonders rohen, zynischen Sprache. Aber die gewissenhafte und genaue Ausübung der Aufsichtspflicht allein wird Tötungen in Kliniken und Heimen nicht verhindern. Daneben muss eine Arbeitsatmosphäre geschaffen und gepflegt werden, in der geredet werden darf über eigene Belastungen, über aggressive Fantasien, die eigenen Gefühle im Angesicht kranker, leidender oder auch herausfordernder Patienten. So kann die Aufmerksamkeit erhöht werden für beginnende Gefährdun-

Der Tod und das Leiden sind weitgehend aus der Öffentlichkeit verschwunden.

gen, die sie hineingestopft, die sie nicht mehr schlucken konnten oder wollten“ (29). Über Stephan L. heißt es in dem Artikel: „Wäre er kaltschnäuziger gewesen oder abgestumpft oder weniger empathiefähig, hätte er die Taten vermutlich nicht begangen“ (30). Auslöser und Schuldige sind so schnell gefunden: Ein inhumaner Medizinbetrieb und abgestumpfte, kaltschnäuzige oder verrohete Vorgesetzte, die die Not des neuen Kollegen ignorieren: So wird der Täter zum Opfer. Eine Gesellschaft, die Sterben und Tod längst aus ihrer Mitte in Spezialeinrichtungen abgeschoben hat, verdrängt die realistische Auseinandersetzung mit dem eigenen Sterben und dem eigenen Tod (31).

Es muss bekannt werden, dass es kaum einen idealeren Tatort für kassierte Tötungen gibt als Krankenhäuser oder Heime. Im Hinblick auf die Verhinderung, zumindest aber die Erschwerung derartiger Straftaten erscheint eine Kontrolle erforderlich, die unerklärliche Medika-

gen, der achtsame Umgang miteinander gefördert werden. Und so kann das für die Arbeit im Gesundheitsbereich unerlässliche Vertrauen gestärkt werden. Nicht zuletzt müssen Tötungsserien in Kliniken und Heimen Thema in Aus- und Weiterbildung werden. Darüber hinaus wird es von großer Bedeutung sein, wie sich das Mitleidverständnis entwickelt. Mitleid bedeutet, dem Anderen im Leiden beizustehen, einen Teil des Leidens mitzutragen und Anteil zu nehmen am fremden Schicksal. Aus Mitleid kann man nicht töten.

■ Zitierweise dieses Beitrags:
Dtsch Arztebl 2006; 104(34–35):A 2328–32

Anschrift des Verfassers
Prof. Dr. med. Karl H. Beine
St. Marien-Hospital Hamm
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie
und Psychosomatik
Knappenstraße 19, 59071 Hamm

 **Literatur im Internet:**
www.aerzteblatt.de/lit3407
Der Aufsatz in Langfassung:
www.aerzteblatt.de/plus3407

TÖTUNGSSERIEN IN KRANKENHÄUSERN UND HEIMEN

Morden gegen das Leiden

Patiententötungen haben vielfältige Ursachen. Nicht zuletzt verweisen sie auf die Unfähigkeit einer Gesellschaft, den Umgang mit Sterben und Tod zu einer selbstverständlichen Gemeinschaftsaufgabe zu machen.

Karl H. Beine

LITERATUR

1. Linedecker C, Zach M: Death Angel. New York: Kensington Publishing 2005.
2. Beine KH: Homicide of patients in hospitals and nursing homes: a comparative analysis of case series. *Int J Law Psychiatry* 2003; 26: 373–86.
3. Richter-Kuhlmann E: Ärztin muss vor Gericht. *Dtsch Arztebl* 2005; 102(33): A 2197.
4. Jauer M: Ich werde dafür büßen müssen. Die ehemalige Charité-Krankenschwester Irene B. gesteht vor dem Berliner Landgericht vier von sechs Patientenmorden. *Süddeutsche Zeitung*; 19. April 2007: 10.
5. Siford M: Addicted to Murder. London: Virgin Publishing Ltd, 2000.
6. Yorker B, Kizer K, Lampe P, Forrest A, Lannan J, Russell D: Serial Murder by Healthcare Professionals. *J Forensic Sci* 2006; 51: 1362–71
7. Urteil des Landgerichtes Wuppertal (Aktenzeichen: 30 Ks 1/75 46/75 V) vom 2. August 1976: 1–302.
8. Urteil des Landgerichtes Freiburg (Aktenzeichen: Ks 1/77 VII AK 47/79) vom 8. Mai 1981: 1–137
9. Gibiec C. Tatort Krankenhaus. Bonn: Dietz Verlag 1990: 11.
10. Urteil des Obersten Gerichtshofes der Republik Österreich (Aktenzeichen 15 Os 131/91–11) vom 15. Mai 1992: 1–47
11. Maisch H: Patiententötungen. Dem Sterben nachgeholfen. München: Kindler Verlag 1997: 108.
12. Urteil des Kriminalgerichtes CH-Luzern (Aktenzeichen: 01 04 43) vom 21. Januar 2005: 1–128.
13. Urteil des Landgerichtes Bonn (Aktenzeichen: Ks 900 Js 581/05–24 G 3/05) vom 22. Februar 2006: 1–72.
14. Urteil des Landgerichtes Kempten (Aktenzeichen: 1 Ks 212 Js 14068/04) vom 20. November 2006: 1–130.
15. Müller R: Die Ahnungslosen getötet. Der „Todespfleger von Sonthofen“ wird zu lebenslanger Haft verurteilt. *Frankfurter Allgemeine Zeitung*; 21. November 2006: 11.
16. Urteil des Landgerichtes Wuppertal (Aktenzeichen: 25 Ks 26 Js 233/86) vom 11. September 1989: 135f.
17. Beine KH: Sehen Hören Schweigen. Patiententötungen und aktive Sterbehilfe. Freiburg: Lambertus Verlag 1998: 250.
18. Beine KH: Sehen Hören Schweigen. Patiententötungen und aktive Sterbehilfe. Lambertus Verlag Freiburg 1998: 239.
19. Szymanski M. Auffälliger Außenseiter. Kollegen des Todespflegers von Sonthofen sagen aus. *Süddeutsche Zeitung*; 21. Februar 2006: 39.
20. Klein M. Die Psychoanalyse des Kindes. München: Kindler Verlag 1979: 219f.
21. N N: Zwölf Jahre für mordende Krankenschwester. *Süddeutsche Zeitung*; 17. Oktober 2003: 11.
22. Malèvre C. Mes Aveux. Paris: Éditions Fixot, 1999: 113.
23. Beine KH: Sehen Hören Schweigen. Patiententötungen und aktive Sterbehilfe. Freiburg: Lambertus Verlag 1998: 242.
24. Urteil des Kriminalgerichtes Luzern (Aktenzeichen: 01 04 43) vom 21. Januar 2005: 58f.
25. Richter HE. Umgang mit Angst. Düsseldorf/Wien: Econ Verlag, 1993: 51.
26. Malèvre C. Mes Aveux. Paris: Éditions Fixot 1999: 242.
27. Urteil des Landgerichtes Wuppertal (Aktenzeichen 25 Ks 26 Js 233/86 (2188 V) vom 11. September 1989: 97.
27. Philippe Ariès P. Geschichte des Todes. München: Deutscher Taschenbuchverlag 2002.
28. Urteil des Landgerichtes Kempten (Aktenzeichen: 1 Ks 212 Js 14068/04) vom 20. November 2006: 108.
29. Friedrichsen G: Ich habe es nicht ertragen. *Der Spiegel*; 6. November 2006: 48–50.
30. Friedrich H. Sterben in Deutschland. In: Kettler D, Simon A, Anselm R, Lipp V, Duttge G: Selbstbestimmung am Lebensende. Göttingen: Universitätsverlag, 2006: 9–35.