

## Bericht

Sonderausschuss  
„Stärkung der Patientensicherheit und des Patientenschutzes“

Hannover, den

Unterrichtung - Drs. 17/2964

Berichtersteller: Abg.

Der Niedersächsische Landtag hat in seiner 57. Sitzung am 18.02.2015 den Sonderausschuss „Stärkung der Patientensicherheit und des Patientenschutzes“ eingesetzt; zu dem ihm mit dem Einsetzungsbeschluss erteilten Auftrag legt der Sonderausschuss den anliegenden Abschlussbericht vor.

## Inhaltsverzeichnis

I. Einsetzung, Auftrag und Verfahren.....	6
1. Vorgeschichte und Anlass der Einsetzung des Sonderausschusses .....	6
1.1 Ermittlungs- und Strafverfahren .....	6
1.1.1 Strafverfahren gegen den ehemaligen Krankenpfleger Niels H.....	6
1.1.1.1 Erstes Strafverfahren vor dem Landgericht Oldenburg (Urteil vom 22. Dezember 2006).....	7
1.1.1.2 Zweites – erneutes – Strafverfahren vor dem Landgericht Oldenburg (Urteil vom 23. Juni 2008).....	7
1.1.1.3 Drittes Strafverfahren vor dem Landgericht Oldenburg (Urteil vom 26. Februar 2015).....	7
1.1.2 Ermittlungsverfahren gegen ehemalige Bedienstete der Staatsanwaltschaft Oldenburg.....	8
1.1.3 Ermittlungsverfahren gegen Verantwortliche der Kliniken .....	8
1.1.3.1 Klinikum Delmenhorst.....	8
1.1.3.2 Klinikum Oldenburg .....	9
1.1.4 Disziplinarverfahren.....	9
1.2 Polizeiliche Ermittlungen.....	9
1.2.1 Verfahren wegen Verdacht des Mordes zum Nachteil von Patientinnen und Patienten des Klinikums Delmenhorst .....	10
1.2.2 Verfahren wegen des Verdachtes des Mordes zum Nachteil von Patientinnen und Patienten des Klinikums Oldenburg.....	10
1.2.3 Verfahren wegen möglicher Straftaten des Niels H. während seiner Rettungsdiensttätigkeit im Landkreis Oldenburg.....	10
1.2.4 Ermittlungsverfahren gegen Verantwortliche des Klinikums Delmenhorst.....	10
1.2.5 Ermittlungsverfahren gegen Verantwortliche des Klinikums Oldenburg .....	10
2. Auftrag des Sonderausschusses.....	10
3. Zusammensetzung des Sonderausschusses.....	11
4. Konstituierung .....	12
5. Ersuchen an die Landesregierung.....	12
6. Vorbereitung der Ausschussarbeit .....	13
7. Zuarbeit.....	13
8. Anhörungen.....	13
II. Wesentliches Ergebnis der Anhörungen und die Schlussfolgerungen des Sonderaus-schusses ...	13
A. Organisationsbezogene Empfehlungen .....	13
1. Einstellung von Stationsapothekerinnen und Stationsapotheker.....	13
1.1 Vorschlag in Kurzform.....	13
1.2 Erläuterungen .....	14
1.3 Schlussfolgerungen des Ausschusses.....	15
2 Einführung des „Unit-Dose“-Verfahrens .....	15
2.1 Vorschlag in Kurzform.....	15
2.2 Erläuterungen .....	15
2.3 Schlussfolgerungen des Ausschusses.....	15
3. Einstellung klinikinterner Patientenführsprecher/Innen.....	15
3.1 Vorschlag in Kurzform.....	15
3.2 Erläuterungen .....	15

---

3.3	Schlussfolgerungen des Ausschusses.....	16
4.	Einstellung einer bzw. eines Landesbeauftragten für den Patientenschutz.....	16
4.1	Vorschlag in Kurzform.....	16
4.2	Erläuterungen .....	16
4.3	Schlussfolgerungen des Ausschusses.....	16
5.	Strukturierung der Fehlermeldesysteme (insbesondere durch typisierende Festlegung meldepflichtiger Ereignisse) und Etablierung einheitlicher Bearbeitungs- und Behebungssysteme; Initiierung einer „Nationalen Strategie der Patientensicherheit“ .....	17
5.1	Vorschlag in Kurzform.....	17
5.2	Erläuterungen .....	17
5.3	Schlussfolgerungen des Ausschusses.....	18
6.	Verbesserung der Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflege .....	18
6.1	Vorschlag in Kurzform.....	18
6.2	Erläuterungen .....	18
6.3	Schlussfolgerungen des Ausschusses.....	18
7.	Pflichtschulungen für das Pflegepersonal.....	19
7.1	Vorschlag in Kurzform.....	19
7.2	Erläuterungen .....	19
7.3	Schlussfolgerungen des Ausschusses.....	19
8.	Psychologische Eingangstests für Pflegeberufe.....	19
8.1	Vorschlag in Kurzform.....	19
8.2	Erläuterungen .....	19
8.3	Schlussfolgerungen des Ausschusses.....	19
9.	Stärkere Beschränkung der Nebentätigkeiten von Pflegekräften .....	20
9.1	Vorschlag in Kurzform.....	20
9.2	Erläuterungen .....	20
9.3	Schlussfolgerungen des Ausschusses.....	20
10.	Rotationssystem für (Intensiv-)Pflegekräfte.....	21
10.1	Vorschlag in Kurzform.....	21
10.2	Erläuterungen .....	21
10.3	Schlussfolgerungen des Ausschusses.....	21
11.	Regelmäßige Supervisionen .....	22
11.1	Vorschlag in Kurzform.....	22
11.2	Erläuterungen .....	22
11.3	Schlussfolgerungen des Ausschusses.....	22
12.	Blutentnahme und -untersuchung im Rahmen der Leichenschau .....	22
12.1	Vorschlag in Kurzform.....	22
12.2	Erläuterungen .....	22
12.3	Schlussfolgerungen des Ausschusses.....	23
B.	Rechtspolitische Empfehlungen.....	23
1.	Umsetzung durch den Landesgesetzgeber.....	23
1.1.	Einführung einer klinikinternen Arzneimittelkommission .....	23
1.1.1	Vorschlag in Kurzform .....	23
1.1.2	Erläuterungen .....	23
1.1.3	Schlussfolgerungen des Ausschusses .....	23

1.2.	Einführung anonymer Meldesysteme („Whistleblowing“)	24
1.2.1	Vorschlag in Kurzform	24
1.2.2	Erläuterungen	24
1.2.3	Schlussfolgerungen des Ausschusses	24
1.3	Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen sowie Mortalitätsstatistiken	25
1.3.1	Vorschlag in Kurzform	25
1.3.2	Erläuterungen	25
1.3.3	Schlussfolgerungen des Ausschusses	26
1.4	Entkopplung von Todesfeststellung und äußerer Leichenschau; Leichenschauärzte	26
1.4.1	Vorschlag in Kurzform	26
1.4.2	Erläuterungen	26
1.4.3	Schlussfolgerungen des Ausschusses	26
1.5	Spezifizierung der Meldepflicht bei potentiell nicht natürlichem Tod in § 4 Abs. 4 BestattG	27
1.5.1	Vorschlag in Kurzform	27
1.5.2	Erläuterungen	27
1.5.3	Schlussfolgerungen des Ausschusses	28
1.6	Erhöhung der Sektionsquote durch Einschränkung des Widerspruchsrechts der Angehörigen	28
1.6.1	Vorschlag in Kurzform	28
1.6.2	Erläuterungen	28
1.6.3	Schlussfolgerungen des Ausschusses	29
2.	Umsetzung durch den Bundesgesetzgeber	29
2.1	Zwingende Vorlage eines Führungszeugnisses bei der Beantragung eines Ersatzdokuments	29
2.1.1	Vorschlag in Kurzform	29
2.1.2	Erläuterungen	29
2.1.3	Schlussfolgerungen des Ausschusses	30
2.2	Übertragung der Zuständigkeit für Strafverfahren an außenstehende Staatsanwaltschaft	30
2.2.1	Vorschlag in Kurzform	30
2.2.2	Erläuterungen	30
2.2.3	Schlussfolgerungen des Ausschusses	31
2.3	Rechtsbehelf zur Erzwingung der Einleitung eines Ermittlungsverfahrens	31
2.3.1	Vorschlag in Kurzform	31
2.3.2	Erläuterungen	31
2.3.3	Schlussfolgerungen des Ausschusses	32
2.4	Erlass eines Pflegeberufgesetzes	32
2.4.1	Vorschlag in Kurzform	32
2.4.2	Erläuterungen	32
2.4.3	Schlussfolgerungen des Ausschusses	32
2.5	Konkretisierung der ärztlichen Meldebefugnis bei erkennbar dienstunfähigen Berufsangehörigen (aus dem Bereich der Intensivmedizin und Intensivpflege)	33
2.5.1	Vorschlag in Kurzform	33
2.5.2	Erläuterungen	33
2.5.3	Schlussfolgerungen des Ausschusses	33

---

3.	Umsetzung auf untergesetzlicher Ebene.....	33
3.1.	Meldung von Strafsachen von Krankenpflegern/-schwestern .....	33
3.1.1	Vorschlag in Kurzform .....	33
3.1.2	Erläuterungen .....	33
3.1.3	Schlussfolgerungen des Ausschusses .....	34
3.2	Verbesserung der staatsanwaltschaftlichen Organisationsabläufe .....	34
3.2.1	Vorschlag in Kurzform .....	34
3.2.2	Erläuterungen .....	34
3.2.3	Schlussfolgerungen des Ausschusses .....	35
3.3	Ermöglichung „ehrlicher“ Arbeitszeugnisse.....	36
3.3.1	Vorschlag in Kurzform .....	36
3.3.2	Erläuterungen .....	36
3.3.3	Schlussfolgerungen des Ausschusses .....	36
3.4	„Risikomanagement“: Erweiterung von § 5 der Qualitätsmanagement-Richtlinie Krankenhäuser des Gemeinsamen Bundesausschusses .....	37
3.4.1	Vorschlag in Kurzform .....	37
3.4.2	Erläuterungen .....	37
3.4.3	Schlussfolgerungen des Ausschusses .....	37
C.	Allgemeinpolitische Empfehlungen .....	37
1.	Mehr Ressourcen für die Pflege .....	37
1.1	Empfehlung in Kurzform .....	37
1.2	Erläuterungen .....	38
2.	Arbeitsklima im Gesundheitswesen verbessern .....	38
2.1	Empfehlung in Kurzform .....	38
2.2	Erläuterungen .....	38
3.	Grundlegende Verbesserung der Organisations- und Kommunikationsstrukturen.....	39
3.1	Empfehlung in Kurzform .....	39
3.2	Erläuterungen .....	39

#### IV. Anlagen zum Abschlussbericht

## I. Einsetzung, Auftrag und Verfahren

### 1. Vorgeschichte und Anlass der Einsetzung des Sonderausschusses

Mit Schreiben vom 19. November 2014 beantragte der stellv. Vorsitzende der FDP-Fraktion im Niedersächsischen Landtag unter Hinweis auf das zu diesem Zeitpunkt stattfindende Strafverfahren gegen den ehemaligen Krankenpfleger des Klinikums Delmenhorst, Niels H., eine Unterrichtung des Ausschusses für Rechts- und Verfassungsfragen durch die Justizministerin über die Vorfälle, die Ermittlungsverfahren und über das Handeln der jeweils zuständigen Behörden. Aufgrund eines Mordversuches im Jahr 2005 sei der Krankenpfleger im Jahr 2008 zu sieben Jahren und sechs Monaten Haft verurteilt worden. Nach Medienangaben sei die zuständige Staatsanwaltschaft den vorliegenden Daten bezüglich der auffällig hohen Sterberate und der umfangreichen Bestellungen des verwendeten Herzmedikaments von Anfang an nicht konsequent nachgegangen. Erst jetzt würden insgesamt 174 weitere Todesfälle untersucht.

Vertreter des Justizministeriums berichteten dem Ausschuss sodann in vertraulicher Sitzung am 26. November 2014 erste Erkenntnisse.

Am 30. November 2014 erschien auf NDR.de unter der Überschrift „Richter: Niels H. soll gestehen“ die Meldung, im Fall des wegen dreifachen Mordes und zweifachen Mordversuches vor dem Landgericht Oldenburg angeklagten Krankenpflegers Niels H. werde die Zahl der Verdachtspflege immer größer. Es sei nun bekannt geworden, dass H. möglicherweise auch zwölf Patienten in Oldenburg getötet habe, indem er ihnen ein überdosiertes Herzpräparat verabreicht habe. Nach dem Bericht gingen die Ermittler inzwischen mehr als 200 Verdachtsfällen an verschiedenen Arbeitsstätten des Mannes nach. In der Folge berichteten weitere Zeitungen darüber.

In einer weiteren vertraulichen Sitzung des Ausschusses für Rechts- und Verfassungsfragen am zeichneten die Vertreter des Justizministeriums die inzwischen zusammengetragenen staatsanwaltschaftlichen Erkenntnisse nach.

#### 1.1 Ermittlungs- und Strafverfahren

##### 1.1.1 Strafverfahren gegen den ehemaligen Krankenpfleger Niels H.

Am 1. Juli 2005 erstattete der damalige Chefarzt des Krankenhauses Delmenhorst Strafanzeige gegen den Krankenpfleger Niels H. wegen gefährlicher Körperverletzung zum Nachteil eines Patienten, da der Krankenpfleger dem verstorbenen Patienten das Medikament Gilurytmal gespritzt habe, ohne dazu befugt gewesen zu sein. Nach einer Durchsuchung des Spindes des Krankenpflegers, bei der Ampullen unterschiedlicher Medikamente aufgefunden wurden und einer Wohnungsdurchsuchung wurde am 4. Juli 2005 ein staatsanwaltschaftliches Ermittlungsverfahren wegen des Verdachts auf versuchten Mord eingeleitet. Nach einer weiteren Durchsuchung am 7. Juli 2005, seiner verantwortlichen Vernehmung und der Obduktion des verstorbenen Patienten wurde der Krankenpfleger Niels H. am Folgetag in Untersuchungshaft genommen. Im Anschluss daran gab es auch Gespräche zwischen Polizei und Klinikleitung über die innerhalb der Klinik Delmenhorst kursierenden Gerüchte bezüglich einer angeblich gestiegenen Sterberate.

Nachdem im Zuge der Auswertung von Patientenakten sowie der Aufstellung von Bestands- und Liefermengen deutlich geworden war, dass es im ersten Halbjahr 2005 einen erheblichen Verbrauch an Gilurytmal im Krankenhaus Delmenhorst gegeben hatte, wurden auch die Ärzte des Klinikums Oldenburg durch die Polizei zum Verhalten des Krankenpflegers Niels H. befragt, da er zuvor, in der Zeit vom 15. Juni 1999 bis zum 14. Dezember 2002, dort tätig gewesen, aber wegen einiger Verhaltensweisen, die die Klinikleitung als unangemessen angesehen habe, ab 30. August 2002 freigestellt worden war.

Am 21. September 2005 setzte das Oberlandesgericht Oldenburg den Haftbefehl außer Kraft, da es, mit Blick auf die gefestigten sozialen Bindungen, die Sicherung des Verfahrens auch mit weniger einschneidenden Maßnahmen als der Fortdauer der Untersuchungshaft gewährleistet sah.

**1.1.1.1 Erstes Strafverfahren vor dem Landgericht Oldenburg (Urteil vom 22. Dezember 2006)**

Mit Datum vom 3. Februar 2006 erhob die Staatsanwaltschaft Oldenburg die öffentliche Klage vor dem Landgericht; der Vorwurf lautete auf versuchten Mord und beantragte zugleich die Wiederinvollzugsetzung des Haftbefehls vom 8. Juli 2005. Während dieser Antrag im Wesentlichen aus den auch vom Oberlandesgericht angestellten Erwägungen zurückgewiesen wurde, wurde die Anklage wegen versuchten Mordes mit Beschluss vom 27. Juni 2006 zur Hauptverhandlung zugelassen, der Termin zur Hauptverhandlung auf den 6. Oktober 2006 bestimmt.

Nach rund zweimonatiger Hauptverhandlung verurteilte das Landgericht Oldenburg Niels H. wegen versuchten Totschlags in Tateinheit mit gefährlicher Körperverletzung zu einer Freiheitsstrafe von 5 Jahren und verfügte zugleich das Fortbestehen des Haftbefehls, setzte ihn jedoch weiterhin außer Vollzug.

Auf die Revision aller drei Verfahrensbeteiligter – die Staatsanwaltschaft nahm später die Revision zurück – hob der Bundesgerichtshof das Urteil mit der Begründung auf, einerseits sei der Tötungsvorsatz nicht rechtsfehlerfrei festgestellt worden, andererseits sei auch das Mordmerkmal der Heimtücke nicht rechtsfehlerfrei ausgeschlossen worden.

**1.1.1.2 Zweites – erneutes – Strafverfahren vor dem Landgericht Oldenburg (Urteil vom 23. Juni 2008)**

Nach der Rücküberweisung des Verfahrens an das Landgericht Oldenburg begann die neuerliche Hauptverhandlung am 7. Mai 2008 und fand mit der Verurteilung des Angeklagten wegen versuchten Mordes in Tateinheit mit gefährlicher Körperverletzung zu sieben Jahren und sechs Monaten Haft am 23. Juni 2008 ihren Abschluss.

Nach Feststellung des Gerichtes hat sich der Angeklagte durch das medizinisch nicht indizierte Verabreichen von 40 ml des Medikaments Gilurytmal sowie das Abstellen des Perfusors mit dem kreislaufstabilisierenden Mittel Arterenol des versuchten Mordes an einem Patienten des Klinikums Delmenhorst des strafbar gemacht, wobei er heimtückisch handelte.

Die gegen das Urteil durch den Angeklagten eingelegte Revision wurde durch den Bundesgerichtshof am 9. Dezember 2008 als unbegründet verworfen.

Ende Januar 2009 lagen die Ermittlungsakten dieses Verfahrens wieder der Staatsanwaltschaft Oldenburg vor. Weitere Ermittlungsschritte zu den sich in diesem Verfahren ergebenden Hinweisen und Verdachtsmomenten wurden indes nicht eingeleitet.

Erst seit Mai 2009 befindet sich der Verurteilte in Strafhaft.

**1.1.1.3 Drittes Strafverfahren vor dem Landgericht Oldenburg (Urteil vom 26. Februar 2015)**

Vornehmlich zu Beginn der ersten Ermittlungen bis zum Beginn der Hauptverhandlung im Jahr 2006 und anlässlich der neuerlichen Hauptverhandlung im Frühjahr 2008 gab es im Zusammenhang mit der Presseberichterstattung vermehrt Hinweise Angehörigen früherer - teils auch verstorbener - Patienten auf Merkwürdigkeiten und Auffälligkeiten während derer Klinikaufenthalte.

In dieser Phase, insbesondere in der Zeit nach der zweiten Hauptverhandlung, wurden insgesamt acht (weitere) Ermittlungsverfahren eingeleitet; in diesem Rahmen wurden erste Exhumierungen durchgeführt und geprüft, ob Wirkstoffe nachgewiesen werden konnten.

Erst im Januar 2014 führten die Ermittlungen zu einer weiteren Anklage gegen den ehemaligen Krankenpfleger Niels H. Nach Zulassung der Anklage und Durchführung der Hauptverhandlung ab dem 11. September 2014 hat das Landgericht Oldenburg Niels H. am 26. Februar 2015 unter Einbeziehung des Urteils des Landgerichts Oldenburg vom 23. Juni 2008 wegen Mordes in zwei Fällen, versuchten Mordes in Tateinheit mit gefährlicher Körperverletzung in zwei Fällen und wegen gefährlicher Körperverletzung in einem weiteren Fall zu einer lebenslangen Haftstrafe verurteilt und die besondere Schwere der Schuld des Angeklagten festgestellt.

Auch in den der Verurteilung zugrunde liegenden Fällen hatte der ehemalige Krankenpfleger Niels H. Patienten das Medikament Gilurytmal in einer Dosis von 30 bis 40 ml ohne medizinische Indikation und

ohne dazu befugt zu sein verabreicht, um reanimationspflichtige Zustände bei den Patienten auszulösen und anschließend selbst deren Wiederbelebung durchführen zu können. Nach eigenen Schätzungen hat der Angeklagte während seiner Tätigkeit als Krankenpfleger bei mindestens 60 Patienten eine Krise mit anschließender erfolgreicher Reanimation ausgelöst; mindestens weitere 20 bis 25 Patienten sind, so seine Angaben in der Hauptverhandlung, nach Gabe des überdosierten Medikaments verstorben. Dem Angeklagten wurde für immer verboten, den Beruf eines Krankenpflegers oder eine Tätigkeit in der Pflege alter und kranker Menschen oder im Rettungsdienst auszuüben.

Das Gericht hat dabei aufgrund rechtsstaatswidriger Verfahrensverzögerungen 9 Monate der Gesamtfreiheitsstrafe als Entschädigung für die überlange Verfahrensdauer als vollstreckt angesehen. Das Urteil ist seit dem 9. März 2015 rechtskräftig.

### **1.1.2 Ermittlungsverfahren gegen ehemalige Bedienstete der Staatsanwaltschaft Oldenburg**

Anfang November 2014 eröffnete die Staatsanwaltschaft Oldenburg ein strafrechtliches Ermittlungsverfahren unter sämtlichen rechtlichen Gesichtspunkten, u. a. auch wegen Strafvereitelung im Amt, gegen einen ehemaligen Oberstaatsanwalt und Dezernenten.

Zeitgleich eröffnete sie gegen einen inzwischen im richterlichen Dienst stehenden Oberstaatsanwalt, in dessen Zuständigkeit das Dezernat für Heilberufe gestanden hatte und der in der Zeit von 01. August 2011 bis 17. November 2013 mit dem Fall des Niels H. befasst gewesen war, ein Verfahren.

Das Verfahren wurde am 26. November 2014 durch den Generalstaatsanwalt in Oldenburg der Staatsanwaltschaft Osnabrück zugewiesen.

Geprüft wurde zudem, ob gegen einen weiteren, im Ruhestand befindlichen Oberstaatsanwalt, der zu einem früheren Zeitpunkt Dezernent im Heilberufedezernat war, ein Anfangsverdacht besteht.

Am 15. April 2015 ordnete die Staatsanwaltschaft Osnabrück bzgl. des beschuldigten ehemaligen Oberstaatsanwalts und Dezernenten die Einstellung des Ermittlungsverfahrens nach § 170 Abs. 2 StPO an.

Gegen den inzwischen im richterlichen Dienst stehenden ehemaligen Oberstaatsanwalt erhob Sie am 21. April 2015 Anklage wegen Strafvereitelung im Amt sowie Rechtsbeugung in zwei Fällen. Der ehemalige Oberstaatsanwalt habe nach Übernahme des Falles Niels H. im August 2011 keine weiteren Exhumierungen und toxikologischen Untersuchungen veranlasst, obwohl durch seinen Dezernatsvorgänger bei 9 Exhumierungen in 5 Fällen der positive Nachweis des Medikamentes Gilurytmal gelungen war. Weiter wurde ihm vorgeworfen, gegen Niels H. keine Anklage erhoben zu haben, obwohl im September 2012 einige Mitinhaftierte des Niels H. ausgesagt hätten, dass der ehemalige Krankenpfleger ihnen gegenüber seine Mordtaten zugegeben habe.

Hinsichtlich weiterer denkbarer Beschuldigter leitete die Staatsanwaltschaft keine weiteren Ermittlungen ein, da insoweit Verfahrenshindernisse vorlägen bzw. kein Anfangsverdacht bestehe; so sei ein ehemaliger Angehöriger der Staatsanwaltschaft verstorben, bei einem weiteren läge Verjährung vor, in zwei Fällen lasse sich kein strafrechtlich relevantes Verhalten erkennen.

Mit Beschluss vom 27. August 2015 lehnte das Landgericht Oldenburg die Eröffnung des Hauptverfahrens wegen zweifacher Strafvereitelung im Amt jeweils in Tateinheit gegen den inzwischen im Richterdienst stehenden ehemaligen Oberstaatsanwalt mangels hinreichenden Tatverdachts ab.

Die dagegen gerichtete sofortige Beschwerde der Staatsanwaltschaft Osnabrück wies das Oberlandesgericht Oldenburg mit Beschluss vom 3. Dezember 2015 als unbegründet zurück, weil auch nach dessen Prüfung kein hinreichender Tatverdacht bestehe.

### **1.1.3 Ermittlungsverfahren gegen Verantwortliche der Kliniken**

#### **1.1.3.1 Klinikum Delmenhorst**

Ferner wurde ein Ermittlungsverfahren gegen den Verwaltungsdirektor des Klinikums in Delmenhorst und gegen den Pflegedienstleiter der Intensivstation u.a. wegen des Verdachts auf Totschlag durch Unterlassen eingeleitet, nachdem der Verwaltungsdirektor erklärt hatte, man habe in Delmenhorst bereits



2004 gewusst, dass es zu einem auffälligen Mehrverbrauch von Gilurytmal in diesem Bereich gekommen sei.

#### **1.1.3.2 Klinikum Oldenburg**

*Aktueller Stand wird nach Mitteilung durch MJ nachgetragen*

#### **1.1.4 Disziplinarverfahren**

Gegen zwei ehemalige Bedienstete der Staatsanwaltschaft Oldenburg (siehe unter 2.2) wurde zeitgleich mit der Aufnahme strafrechtlicher Ermittlungen ein Disziplinarverfahren wegen der schleppenden Ermittlungen in der Sache des Krankenpflegers Niels H. eingeleitet. *(Aktueller Stand wird Mitteilung durch MJ nachgetragen)*

### **1.2 Polizeiliche Ermittlungen**

Die zuständige Polizeidirektion Oldenburg war erstmals durch die die am 1. Juli 2005 bei der Polizeiinspektion Delmenhorst erstattete Strafanzeige des Klinikums Delmenhorst mit dem Fall Niels H. befasst. Dieser Verdachtsfall und zwei sich während der Ermittlungen ergebende weitere Fälle führten schließlich zur Anklageerhebung durch die Staatsanwaltschaft Oldenburg am 03. Februar 2006 und der Verurteilung des Angeklagten Niels H. am 22. Dezember 2006 durch das Landgericht Oldenburg (siehe unter 2.1.1).

Eine zweite polizeiliche Ermittlungsphase, anschließend an die öffentliche Berichterstattung aus Anlass der erneuten Verhandlung vor dem Landgericht Oldenburg nach Aufhebung des ursprünglichen Urteils vom 22. Dezember 2006 durch den BGH, folgte der Strafanzeige der Krankenschwester Kathrin L. bei der Polizei in Delmenhorst vom 16. Mai 2008, in deren Folge es bis Mitte Mai 2011 nach entsprechenden Entscheidungen der Staatsanwaltschaft Oldenburg zu insgesamt acht weiteren Ermittlungsverfahren kam, die zur Anklageerhebung durch die Staatsanwaltschaft Oldenburg im Januar 2014 und schließlich zu der Verurteilung durch das Landgericht Oldenburg am 26. Februar 2015 führten (siehe unter 2.1.3).

Nachdem sich im September/Okttober 2014 während der Hauptverhandlung vor dem Landgericht Oldenburg die Dimension des Falles, insbesondere die große Zahl an Opfern, immer deutlicher abzeichnete, setzte der Polizeipräsident in Oldenburg die Sonderkommission „Kardio“ ein und übertrug ihrer die umfassende Aufklärung der Vita von Niels H., insbesondere die Abklärung aller beruflichen Stationen, an denen der ehemalige Krankenpfleger gearbeitet hatte.

Die Arbeit der Sonderkommission „Kardio“ ist noch nicht abgeschlossen.

Nach dem dem Sonderausschuss mitgeteilten Sachstandsbericht vom 8. Januar 2016 ergibt sich der nachfolgend dargestellte Stand der Verfahren:

### **1.2.1 Verfahren wegen Verdacht des Mordes zum Nachteil von Patientinnen und Patienten des Klinikums Delmenhorst**

Insgesamt sind in mehr als 200 Verdachtsfällen Ermittlungsverfahren eingeleitet worden. Dem Sonderausschuss liegen dazu Sachstandsdarstellungen vor. Zahlreiche Exhumierungen sind bereits durchgeführt und in nahezu zwei Dutzend Fällen konnte der Wirkstoff Ajmalin nachgewiesen werden. Zum Zeitpunkt der Fertigstellung des Abschlussberichts waren die Exhumierungen jedoch noch nicht vollständig abgeschlossen. Mehr als 60 Verfahren wurden wegen plausibler Krankheitsverläufe nach § 170 Abs. 2 StPO eingestellt. In mehr als 15 Fällen wurden die Verfahren eingestellt, da die Verstorbenen kremiert wurden und ein Tatnachweis deshalb nicht möglich ist; in 2 Verfahren, in denen die Verstorbenen kremiert wurden und ein Tatnachweis dann im Regelfall nicht zu führen ist.

### **1.2.2 Verfahren wegen des Verdachtes des Mordes zum Nachteil von Patientinnen und Patienten des Klinikums Oldenburg**

In 33 Verdachtsfällen sind Ermittlungsverfahren eingeleitet; sie ergeben sich aus den Gutachten des vom Klinikum Oldenburg beauftragten Gutachters oder aus Anzeigen von Hinterbliebenen.

### **1.2.3 Verfahren wegen möglicher Straftaten des Niels H. während seiner Rettungsdiensttätigkeit im Landkreis Oldenburg**

Neun Ermittlungsverfahren sind abgeschlossen und an die Staatsanwaltschaft Oldenburg zur weiteren Entscheidung übergeben worden; Hinweise auf strafbares Handeln haben sich nicht ergeben.

### **1.2.4 Ermittlungsverfahren gegen Verantwortliche des Klinikums Delmenhorst**

Die Ermittlungen sind noch nicht abgeschlossen.

### **1.2.5 Ermittlungsverfahren gegen Verantwortliche des Klinikums Oldenburg**

Die Ermittlungen sind noch nicht abgeschlossen.

## **2. Auftrag des Sonderausschusses**

Der Auftrag an den Sonderausschuss lautet nach dem Einsetzungsbeschluss des Landtages (vgl. Drs. 17/2964) wie folgt:

### **„Konsequenzen aus den Krankenhausmorden ziehen - Sonderausschuss zur Stärkung der Patientensicherheit einsetzen**

Der mutmaßliche Serienmörder Niels H. hat am 08.01.2015 die Tötung von 30 Patientinnen und Patienten und 60 weitere Tötungsversuche während seiner Tätigkeit im Delmenhorster Krankenhaus zugegeben. Es ist nicht auszuschließen, dass sich die Zahl der Tötungen noch deutlich erhöht, da es bisher noch eine große Zahl weiterer Verdachtsfälle gibt und er in weiteren Einrichtungen des Gesundheitswesens tätig war.

Der Landtag ist über diese Ereignisse sehr betroffen und spricht sein Mitgefühl den Hinterbliebenen der Opfer der vollendeten und versuchten Krankenhausmorde und den Bürgerinnen und Bürgern aus, die derzeit noch mit der Ungewissheit leben, ob ihre Angehörigen Opfer des wegen Mordverdacht angeklagten ehemaligen Krankenpflegers sind. Er tritt für eine zügige, umfassende und gründliche Untersuchung der Verdachtsfälle ein.

Da es in der Vergangenheit bundesweit immer wieder vergleichbare Fälle gegeben hat, reichen die bestehenden betrieblichen und vor allem staatlichen Kontrollmöglichkeiten offenkundig nicht aus, um kriminelles Handeln frühzeitig zu erkennen. Gemeinsames Ziel muss es sein, zukünftig sicherzustellen, dass derartige Vorkommnisse nicht mehr möglich sind.

Darüber hinaus steht jedoch auch der Landtag in der Verpflichtung, Aufklärungsarbeit zu unterstützen und nach Wegen zu mehr Patientenschutz und Patientensicherheit zu suchen.

1. Der Landtag setzt gemäß § 10 Abs. 2 seiner Geschäftsordnung einen Sonderausschuss zur Aufarbeitung der Krankenhausmorde und zur Verbesserung der Patientensicherheit ein. Der Ausschuss hat 15 Mitglieder. Er soll seine Arbeit möglichst bis zum 31.03.2016 abschließen und einen Abschlussbericht erarbeiten, der im Landtag beraten werden soll. Dem Ausschuss werden sämtliche Ausschussniederschriften aus dem Ausschuss für Rechts- und Verfassungsfragen sowie aus dem Ausschuss für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Migration einschließlich der für vertraulich erklärten Niederschriften zur Verfügung gestellt. Der Ausschuss kann zur Unterstützung seiner Arbeit öffentliche, nicht öffentliche und vertrauliche Anhörungen mit Sachverständigen durchführen.
2. Der Sonderausschuss soll untersuchen, wie es zu der Mordserie kommen konnte, und dazu die vorhandenen Kontrollmechanismen im Gesundheitswesen grundlegend kritisch durchleuchten, um parlamentarische Initiativen mit dem Ziel anzuregen, die Patientensicherheit zu gewährleisten und so das Vertrauen der Bürgerinnen und Bürger in die medizinische Versorgung zu erhöhen. Dabei sollten u. a. die folgenden Fragen Berücksichtigung finden, die durch weitere in der Ausschussbefassung ergänzt werden können:
  - a) Gab es Fehler in den betroffenen Kliniken, die die Mordserie begünstigt haben oder ihre frühzeitige Entdeckung erschwert oder verhindert haben?
  - b) Gab es Fehler in der Staatsanwaltschaft Oldenburg, die zu der langen Dauer des Ermittlungsverfahrens führten?
  - c) Welchen Bedarf gibt es, die Kommunikation und den Austausch zwischen den verschiedenen Institutionen (Kliniken, Seniorenpflegeheime, Rettungsdienste, Justiz) unter Wahrung des Datenschutzes zu verbessern und zu systematisieren?
  - d) Welchen gesetzgeberischen Änderungsbedarf gibt es auf Landes- und Bundesebene, z. B. im Bereich des Krankenhausgesetzes, der Krankenhausaufsicht, des Heilkammergesetzes, der Arzneimittelkontrolle und Arzneimittelaufsicht, des Bestattungsgesetzes, der Strafprozessordnung und anderer Gesetze?
3. Der Landtag fordert die Landesregierung auf, dem Sonderausschuss schnellstmöglich einen Bericht zu den unter Nummer 2 genannten Fragestellungen vorzulegen und ihn umfassend über die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) gemäß § 137 Abs. 1 SGB V i. V. m. § 135 a SGB V über Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser zu informieren.“

### 3. Zusammensetzung des Sonderausschusses

Nach dem Einsetzungsbeschluss des Landtages (vgl. Drs. 17/2964) bestand der Sonderausschuss aus 15 Mitgliedern, die von den Fraktionen nach folgendem Verteilerschlüssel zu benennen waren:

Zählgemeinschaft der Fraktion der SPD und der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen	8 Mitglieder,
Fraktion der CDU	6 Mitglieder,
Fraktion der FDP	1 Mitglied.

Ferner war die gleiche Zahl von stellvertretenden Mitgliedern zu benennen.

Als Mitglieder des Untersuchungsausschusses wurden benannt:

Von der Fraktion der SPD:	Abgeordneter Marco Brunotte, Abgeordneter Hans-Dieter Haase, Abgeordneter Dr. Christos Pantazis, Abgeordnete Andrea Schröder-Ehlers, Abgeordneter Uwe Schwarz, Abgeordnete Dr. Thela Wernstedt.
---------------------------	--

Von der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen:	Abgeordneter Helge Limburg, Abgeordneter Thomas Schremmer.
Von der Fraktion der CDU:	Abgeordneter Christian Calderone, Abgeordnete Petra Joumaah, Abgeordneter Dr. Max Matthiesen, Abgeordneter Volker Meyer, Abgeordnete Annette Schwarz, Abgeordneter Dr. Stephan Siemer.
Von der Fraktion der FDP:	Abgeordneter Dr. Stefan Birkner.

Als stellvertretende Mitglieder des Sonderausschusses wurden benannt:

Von der Fraktion der SPD:	Abgeordneter Holger Ansmann, Abgeordnete Immacolata Glosemeyer, Abgeordnete Luzia Moldenhauer, Abgeordneter Ulf Prange, Abgeordnete Doris Schröder-Köpf, Abgeordnete Kathrin Wahlmann.
Von der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen:	Abgeordnete Julia Willie Hamburg, Abgeordnete Susanne Menge.
Von der Fraktion der CDU:	Abgeordneter Rudolf Götz, Abgeordneter Burkhard Jasper, Abgeordnete Gabriela Kohlenberg, Abgeordneter Adrian Mohr, Abgeordnete Mechthild Ross-Luttmann, Abgeordneter Lutz Winkelmann.
Von der Fraktion der FDP:	Abgeordnete Sylvia Bruns.

#### 4. Konstituierung

Der Sonderausschuss konstituierte sich am 20.02.2015. Die CDU-Fraktion, der nach der Geschäftsordnung das Benennungsrecht für den Ausschussvorsitz zustand (§ 11 Absatz 2 GO-LT) wählte den Abgeordneten Christian Calderone (CDU) zu seinem Vorsitzenden. Für die Stellvertretung des Ausschussvorsitzenden wurde nach der Abgeordnete Hans-Dieter Hasse (SPD) bestellt (§ 11 Absatz 5 GO-LT).

#### 5. Ersuchen an die Landesregierung

Entsprechend der im Einsetzungsbeschluss (vgl. Drs. 17/2964) an die Landesregierung gerichteten Aufforderung; dem Sonderausschuss schnellstmöglich einen Bericht zu den im Folgenden genannten Fragestellungen vorzulegen und ihn umfassend über die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) gemäß § 137 Abs. 1 SGB V i. V. m. § 135 a SGB V über Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser zu informieren, hat die Landesregierung den Sonderausschuss in der 2. Sitzung am 17.3.2015 und der 3. Sitzung am 15.4.2015 durch die zuständigen Vertreter des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung und des Justizministeriums umfangreich unterrichtet, zudem hat die Landesregierung unter dem Datum des 15.7.2015 auf den Einsetzungsbeschluss des Landtages schriftlich geantwortet (vergl. LT-Drs 17/3943) – Anlage 1 -. Am 14.1.2016 hat das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung dem Sonderausschuss auf seine Bitte hin eine „Schlussbewertung“ zugeleitet und in der Ausschusssitzung am 14.1.2016 mündlich erläutert, der die erste Unterrichtung vom 17. 3.2015 aktualisiert und ergänzt; dieser Bericht ist aus der Anlage 2 zu ersehen.

## 6. Vorbereitung der Ausschussarbeit

Der Sonderausschuss erarbeitete zunächst einen Fragenkatalog<sup>1</sup> zu den jeweiligen Themenblöcken seines Einsetzungsauftrages und stellte ihn allen Anzuhörenden, verbunden mit der Bitte um Unterstützung der Arbeit des Sonderausschusses, im Vorhinein zur Verfügung.

## 7. Zuarbeit

Auf Bitte des Sonderausschusses hat sich Herr Prof. Dr. Gunnar Duttge vom Zentrum für Medizinrecht der Universität Göttingen bereiterklärt, den Sonderausschuss bei der Anfertigung seines Abschlussberichts wissenschaftlich zu unterstützen. Der Sonderausschuss dankt daher Herrn Prof. Dr. Duttge und seinem Mitarbeiter, Herrn Dipl.-Jurist Roman Lammers für die Sichtung, Auswertung und Zusammenfassung der umfangreichen Beratungsunterlagen ebenso wie für die vielfältigen wertvollen Anregungen zu den vom Sonderausschuss formulierten Empfehlungen.

## 8. Anhörungen

Der Sonderausschuss hörte in insgesamt 11. öffentlichen Sitzungen Vertreterinnen und Vertreter der Landesregierung und von Institutionen sowie Sachverständige zu den Themen seines Einsetzungsauftrages an; in vier internen Sitzungen erarbeitete der vom Sonderausschuss gebildeten Redaktionsstab den Entwurf des Abschlussberichtes; den der Ausschuss sodann in einer abschließenden Sitzung am **(Wird nach Schluss der Beratungen eingefügt)** beschloss. Der zeitliche Ablauf der Anhörungen ist aus dem Anhang 2 zu ersehen.

## II. Wesentliches Ergebnis der Anhörungen und die Schlussfolgerungen des Sonderausschusses

In den Anhörungen des Sonderausschusses haben geladene Expertinnen und Experten eine Vielzahl von konkreten Vorschlägen unterbreitet. Diese Vorschläge betreffen einerseits vorwiegend organisationsbezogene Aspekte (nachfolgend A.) und andererseits dezidiert rechts- oder allgemeinpolitische Überlegungen (anschließend B. und C.).

Im Folgenden wird anhand dieser Unterteilung jeweils der konkrete Vorschlag aus den Anhörungen vorgestellt und im Anschluss mit näheren Erläuterungen versehen. Den Abschluss bilden die Erwägungen des Ausschusses zur Bewertung des einzelnen Vorschlages, zu den verfahrensrechtlichen Modalitäten seiner Realisierung bzw. zum aktuellen Stand seiner Umsetzung.

### A. Organisationsbezogene Empfehlungen

#### 1. Einstellung von Stationsapothekerinnen und Stationsapotheker

##### 1.1 Vorschlag in Kurzform

In allen niedersächsischen Krankenhäusern soll als direkte Ansprechstelle der vor Ort tätigen Ärztinnen und Ärzte für sämtliche Medikamentenfragen eine „Stationsapothekerin“ bzw. ein „Stationsapotheker“ verpflichtend vorgesehen werden. Dieser neuen Funktion käme die Aufgabe zu, ergänzend zu einer klinikinternen Arzneimittelkommission (dazu II., 1.1.) im Sinne einer unmittelbar auf den Stationen präsenten Beratungsperson zu Fragen u.a. der Arzneimittelanamnese, der korrekten Einnahme der Medikamente und des fortlaufenden Verbrauchs zu wirken.

<sup>1</sup> Der Fragenkatalog findet sich im Anhang

## 1.2 Erläuterungen

Das Apothekengesetz und die Apothekenbetriebsordnung regeln als bundesrechtliche Vorschriften die Arzneimittelversorgung in Krankenhäusern, die entweder durch eigene Krankenhaus- oder durch externe Apotheken erfolgt. Nicht jedes Krankenhaus unterhält jedoch eine eigene Krankenhausapotheke: Von 2004 bis 2015 sank die Zahl der Krankenhausapotheken in Niedersachsen von 37 auf 28. Immer mehr Häuser lassen sich also durch externe Apotheken beliefern. Dadurch erhöht sich aber die Schwierigkeit, ungewöhnliche Verwendungsweisen von Medikamenten frühzeitig zu entdecken. Krankenhäuser sollten daher unabhängig von der jeweiligen – externen oder krankenhausesinternen – Arzneimittelversorgung eine Stationsapothekerin bzw. einen Stationsapotheker als direkte Ansprechperson vor Ort verpflichtend implementieren. Die bisherigen Erfahrungen in Kliniken, in denen – auf freiwilliger Basis – bereits eine solche Funktion eingerichtet ist, legen nahe, dass eine pharmakologische Präsenz auf den Stationen, verglichen mit der bisher lediglich vorgesehenen halbjährlichen Stationskontrolle, die Arzneimittelsicherheit wesentlich verbessert. Die Stationsapothekerin bzw. der Stationsapotheker ist als beratende Person für das ärztliche Personal auf den Stationen tätig, um die dort jeweils erfolgende Medikamentenabgabe im Sinne einer sachkundigen medizinischen und pharmakologischen Begleitung zu unterstützen. Es bedarf jedoch nicht auf jeder Station einer eigenen Apothekerin bzw. eines eigenen Apothekers; vielmehr sollte aus einem Gesamtpool die jeweilige Zuständigkeit definiert werden. Die zuständige Person steht dann im Alltag für sämtliche Art und Umfang des Medikamentenverbrauchs betreffenden Fragen des behandelnden ärztlichen Personals zur Verfügung. Ihre Aufgaben erstrecken sich etwa auf die Arzneimittelanamnese eines eingelieferten Patienten, eine Beratung über die korrekte Einnahme und eine fortlaufend zu aktualisierende Verlaufsübersicht über die Bestände. Dadurch lassen sich u.a. auch die bestehenden Kontrolllücken beim Rücklauf von Medikamenten schließen; bislang scheint der Medikamentenkreislauf nur in eine Richtung (d.h. hinsichtlich der Medikamenteneinlieferung) überprüft zu werden. Stationsapothekerinnen und Stationsapotheker bilden daher eine zentrale Schnittstelle zwischen der Arzneimittelbelieferung und den Abläufen auf einer Station.

### **1.3 Schlussfolgerungen des Ausschusses**

In Gesprächen mit den Selbstverwaltungskörperschaften hat sich gezeigt, dass sowohl in der Krankenhausgesellschaft als auch bei der Ärzte- und Apothekerkammer die Sensibilität für das Problemfeld Arzneimittelsicherheit vorhanden ist. Die genannten Institutionen sind von der Landesregierung Niedersachsens inzwischen angehalten worden, das Thema „Stationsapotheker/In“ in ihren Gremien jeweils zur Sprache zu bringen. Dort sollen auch Projekte zur bestmöglichen praktischen Umsetzung initiiert werden.

## **2 Einführung des „Unit-Dose“-Verfahrens**

### **2.1 Vorschlag in Kurzform**

Es sollte erwogen werden, die Medikamentenversorgung in Krankenhäusern künftig auf Verfahren der patientenindividuellen Verordnung und Verpackung (sog. „Unit-Dose“-Verfahren) umzustellen.

### **2.2 Erläuterungen**

Beim „Unit-Dose“-Verfahren werden Medikamente patientenindividuell verordnet und abgepackt. Auf diese Weise sind die Möglichkeiten eines unkontrollierten Zugriffs jedenfalls erheblich reduziert. In anderen Ländern, vor allem in den Niederlanden und im angelsächsischen Raum, ist diese Verfahrensweise bereits bekannt und zum Teil historisch gewachsen; für die stationäre Versorgung in deutschen Krankenhäusern bedürfte es einer erheblichen Umstellung der bisherigen Verfahrensweise. Das Klinikum Oldenburg führt das Unit-Dose-Verfahren jedoch vor dem Hintergrund der Vorfälle, die Anlass zur Einsetzung dieses Sonderausschusses gegeben haben, inzwischen sukzessive ein. Insgesamt wird dieses Verfahren schon an 23 Kliniken in Deutschland praktiziert. Zwingende Zusatzvoraussetzung hierfür ist allerdings die gleichzeitige Etablierung einer Stationsapothekerin/eines Stationsapothekers (siehe dazu 1.).

### **2.3 Schlussfolgerungen des Ausschusses**

Um die praktischen Implikationen einer evtl. künftigen Umstellung der Medikamentenversorgung auf Verfahren der patientenindividuellen Versorgung und Verpackung besser einschätzen zu können, sollte im Rahmen eines Modellprojekts, etwa durch einen Gutachtauftrag an eine interdisziplinär zusammengesetzte Forschergruppe, das im Ausland teilweise schon praktizierte „Unit-Dose-Verfahren“ hinsichtlich der bislang gemachten Erfahrungen evaluiert werden. In Bezug auf die Gegebenheiten der deutschen Krankenhausversorgung sollte vor einer abschließenden Beurteilung u.a. auch geklärt werden, ob sich das Umpacken von Fertigarzneimitteln mit dem geltenden Arzneimittelgesetz vereinbaren lässt.

## **3. Einstellung klinikinterner Patientenfürsprecher/Innen**

### **3.1 Vorschlag in Kurzform**

An niedersächsischen Krankenhäusern sollen verpflichtend klinikinterne „Patientenfürsprecher/Innen“ implementiert werden, die sich mit kritischen Behandlungsfällen auseinandersetzen und innerhalb der Einrichtung das jeweilige Patientenwohl zur Geltung bringen. Diese Funktion ist mit einer externen, unabhängigen und ehrenamtlich tätigen Person zu besetzen, an die sich Patientinnen und Patienten sowie Angehörige im Konfliktfall wenden können. Die Funktion hat beratende und vermittelnde Aufgaben zwecks Beförderung der Patientenzufriedenheit, sollte aber in Abgrenzung zur/zum „Landespatientenbeauftragten“ (nachfolgend 4.) nicht mit kontrollierenden Aufgaben bedacht werden.

### **3.2 Erläuterungen**

Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher bilden eine außerhalb des Systems stehende Anlaufstelle für Patienten, die sich fehlbehandelt oder fehlwahrgenommen fühlen. Sie sollen dazu beitragen, die Sensibilität aller am Behandlungsgeschehen Beteiligten für kritische Behandlungsfälle zu wecken bzw. zu erhöhen. Es muss sich um eine neutrale und unabhängige Person handeln, die nicht zur Aufgabe hat, alltägliche Verständniskonflikte zwischen dem ärztlichen Personal, dem Pflegepersonal und der Patientenseite zu lösen. In Abgrenzung zu einer bzw. einem Landespatientenbeauftragten sollte das Aufgabenfeld jedoch keine Kontrollfunktionen beinhalten, da solches das notwendige einrichtungsinterne Vertrauensverhältnis gefährden würde. Die Patientenfürsprecher/Innen müssen über eine hinreichende fachliche und persönliche Eignung (Sozialkompetenz) verfügen und dürfen nicht in einem Abhängigkeitsverhältnis zum Klinikum oder zum Träger stehen. Zum Teil wird bezweifelt, ob diese Arbeit im Ehrenamt geleistet werden kann. Am Klinikum Oldenburg hat man hingegen die Erfahrung gemacht,

dass Patientenfürsprecher/Innen nur in vollständiger – auch finanzieller – Unabhängigkeit als zweckentsprechende, nicht in das System unmittelbar eingebundene Anlaufstelle fungieren können. Eine solche Personalie wäre ferner ein enormer Gewinn für das Qualitäts- und Risikomanagement eines Krankenhauses, sofern man dort die hierdurch gewonnenen Informationen zielführend im Sinne einer verbesserten Qualität der Strukturen und Prozesse verarbeitet.

### **3.3 Schlussfolgerungen des Ausschusses**

Diese Forderung ist bereits mit Wirkung zum 01.01.2016 in § 16 des Niedersächsischen Krankenhausgesetzes (NKHG) umgesetzt. Dort ist nunmehr geregelt, dass jedes Krankenhaus eine Patientenfürsprecherin bzw. einen Patientenfürsprecher und eine entsprechende Stellvertretung zu bestellen hat; die weiteren gesetzlichen Vorgaben betreffen die Ehrenamtlichkeit, die Gewährleistung einer hinreichenden Erreichbarkeit sowie die zentrale Aufgabe, die ihnen anvertrauten Anliegen der Patienten/Angehörigen an die zuständigen Stellen des Krankenhauses weiterzuleiten und auf eine zügige und transparente Bearbeitung hinzuwirken. Umgekehrt hat die Krankenhausleitung sicherzustellen, dass die vorgebrachten Beschwerden ebenso zügig und transparent erledigt werden. Das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung stimmt derzeit mit den Krankenhausträgern eine vorläufige Handlungsempfehlung für das nähere Tätigkeitsfeld der Patientenfürsprecher/Innen ab. Ferner wurde ebenfalls am 01.01.2016 gemeinsam mit dem Sozialverband Deutschland e.V. (SoVD) ein Projekt gestartet, das die Erarbeitung eines Fortbildungscurriculums zum Gegenstand hat, welches den Patientenfürsprecherinnen und -sprechern **ab Frühsommer 2016** angeboten werden soll. So sollen sie u.a. aufgabenbezogen geschult werden und die Möglichkeit erhalten, sich untereinander zu vernetzen. Bisher hat bereits eine Vielzahl von Krankenhäusern positive Rückmeldung an das Ministerium erstattet; die Implementierung dieser neuen Funktion befindet sich in einem kontinuierlichen Aufbauprozess.

## **4. Einstellung einer bzw. eines Landesbeauftragten für den Patientenschutz**

### **4.1 Vorschlag in Kurzform**

Neben den klinikinternen Patientenfürsprecherinnen und -sprechern (vorstehend 3.) soll auch auf Landesebene die Funktion einer bzw. eines „Patientenschutzbeauftragten“ geschaffen werden. Dieser wäre im Rahmen der noch zu konkretisierenden Aufgabenbeschreibung – in Abgrenzung zu den Patientenfürsprechern/Innen – das Anliegen der Patientensicherheit zuzuordnen und verfahrensrechtlich näher auszugestalten.

### **4.2 Erläuterungen**

Ein/e Landesbeauftragte/r für Patientenschutz kann einrichtungsübergreifende, systematische Defizite in Bezug auf die Patientensicherheit aufdecken und hierzu Lösungsansätze entwickeln. Zugleich sollte hiermit auch eine Institution implementiert werden, die für das Aufgabenfeld der klinikinternen Patientenfürsprecher/Innen Handlungsleitlinien entwickelt und als Anlaufstelle für deren Rückfragen fungieren kann. Deren Erfahrungen sollten systematisch erfasst und analysiert werden. Die oder der Landesbeauftragte für Patientenschutz sollte ferner Schulungsmaterial erstellen und – aufgrund der Vielzahl der bestehenden Krankenhäuser ggf. auch dezentral – selbst Schulungen durchführen.

### **4.3 Schlussfolgerungen des Ausschusses**

Gemäß Beschluss vom 05.01.2016 beabsichtigt die Landesregierung, die Funktion einer bzw. eines Landespatientenschutzbeauftragten zu implementieren. Inzwischen wurde die Stelle ausgeschrieben. Gesucht werden Bewerberinnen und Bewerber mit einem abgeschlossenen Hochschulstudium vorrangig der Fachrichtungen Sozialwissenschaften, Gesundheitswissenschaften oder Management im Gesundheitswesen sowie mit vertieften Kenntnissen und beruflicher Erfahrung im Sozial- und/oder Gesundheitsbereich. Das zuständige Ministerium geht davon aus, mit dieser Ausschreibung eine große Zahl von Bewerberinnen und Bewerbern zu erreichen. **Bis zum Ende der ersten Jahreshälfte 2016** soll die bzw. der Landespatientenschutzbeauftragte als Stabstelle innerhalb des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung institutionalisiert und besetzt werden. Aktuell wird der Aufbau einer Geschäftsstelle betrieben.



## **5. Strukturierung der Fehlermeldesysteme (insbesondere durch typisierende Festlegung meldepflichtiger Ereignisse) und Etablierung einheitlicher Bearbeitungs- und Behebungssysteme; Initiierung einer „Nationalen Strategie der Patientensicherheit“**

### **5.1 Vorschlag in Kurzform**

Es sollte im Zusammenwirken der Institutionen innerhalb der Selbstverwaltung (Kassenärztliche Bundesvereinigung, Krankenhausgesellschaft, Spitzenverband Bund der Krankenkassen) ein einheitlicher Katalog mit typisierender Festlegung „sicherheitsrelevanter Ereignisse“ erarbeitet werden, für die künftig eine Meldepflicht von Krankenhausmitarbeiterinnen und -mitarbeitern zu etablieren wäre. Prüfungsbedürftig ist zudem, ob nicht auch der weitere Bearbeitungs- und Behebungsprozess um des zielführenden Umgangs mit eingehenden Meldungen willen strukturiert und vereinheitlicht werden sollte. Darüber hinaus bedarf es einer „Nationalen Strategie zur Patientensicherheit“, mit der in Politik, bei den Leistungsträgern und -erbringern sowie in der Gesellschaft systematisch und aufeinander abgestimmt Handlungsstrategien zur Beförderung einer „Sicherheitskultur“ und deren institutionelle Verankerungen entworfen und umgesetzt werden.

### **5.2 Erläuterungen**

Nach § 5 der Qualitätsmanagement-Richtlinie Krankenhäuser des Gemeinsamen Bundesausschusses i.d.F. vom 17.04.2014 (Bundesanzeiger BAnz AT 16.04.2014 B4) zählt die Einrichtung eines Fehlermeldesystems (z.B. CIRS) zu den wesentlichen strukturellen Erfordernissen, um die Patientensicherheit zu erhöhen. Ein solches Meldesystem muss für alle Klinikmitarbeiterinnen und -mitarbeiter abteilungs- und berufsgruppenübergreifend leicht zugänglich sein; die Meldungen müssen freiwillig, anonym und sanktionsfrei erfolgen können. Die Einzelheiten der Umsetzung und Organisation fallen in die Verantwortung der jeweiligen Krankenhausleitung. Es muss dabei jedoch gewährleistet sein, dass die eingehenden Meldungen in einem fortwährenden strukturierten Prozess sachgerecht und zeitnah analysiert werden, um hieraus entsprechende Schlussfolgerungen in Form von Präventionsmaßnahmen zu ziehen. Bisher ist ein Fehlermeldesystem aber offenbar nur von etwa 50 % der Krankenhäuser umgesetzt; noch weit seltener begegnet jenseits des reinen Meldesystems das Vorhandensein eines strukturierten Prozesses auch hinsichtlich der Analyse und Behebung der erkannten Schwachstellen (wie etwa an der MHH im Wege des dort etablierten sog. 3 Be-Systems: Berichten – Bearbeiten – Beheben). Zudem scheint es derzeit so zu liegen, dass aus Sorge vor personellen Konsequenzen und in falsch verstandener Loyalität lediglich ein Bruchteil von Beinahe-Fehlern und erhöhten Gefahrensituationen tatsächlich (freiwillig) gemeldet werden. Bislang hat weder der Gesetzgeber noch der Gemeinsame Bundesausschuss typisierend meldepflichtige Ereignisse festgelegt, so dass die Deutung melderelevanter Ereignisse weithin im subjektiven Ermessen der Mitarbeiter/Innen liegt. Aus der Entwicklung der Sicherheitsstandards in der Luftfahrt ist jedoch bekannt, dass die Inanspruchnahme eines unternehmensinternen Fehlermeldesystems nur bei Bestehen einer entsprechenden „Sicherheitskultur“ in der nötigen Intensität und Effektivität praktiziert wird. Zu einer Steigerung der Meldezahlen ist es erst infolge der Etablierung einer Meldepflicht für typisierend gefasste „sicherheitsrelevante Ereignisse“ gekommen, wie sie §§ 7, 9 sowie Anlage 1 der Luftverkehrsordnung (LuftVO) i.V.m. Art. 3, 4 sowie Anlagen I und II der Richtlinie 2003/42/EG und Art. 9 Verordnung (EU) Nr. 996/2010 (Amtsblatt EU L 295/43) vorsieht. Nach diesem Vorbild sollte daher auch für den Krankenhausbereich im Zusammenwirken aller Institutionen innerhalb der Selbstverwaltung ein Katalog von sicherheitsrelevanten Ereignissen erarbeitet werden, der künftig zur klinikinternen Meldung an die Leitung oder von dieser beauftragten Stelle verpflichtet. Darüber hinaus ist auch die Etablierung eines einheitlichen strukturierten Analyse- und Behebungssystems zu prüfen.

### 5.3 Schlussfolgerungen des Ausschusses

Angesichts des hohen Gutes der Patientensicherheit erscheint es gerechtfertigt, die Inanspruchnahme des Fehlermeldesystems nicht (vollständig) von der freiwilligen Mitwirkung der Klinikmitarbeiterinnen und -mitarbeiter abhängig zu machen. Nach Erarbeitung eines konkreten Vorschlages wäre die Qualitätsmanagement-Richtlinie Krankenhäuser des Gemeinsamen Bundesausschusses um eine Meldepflicht in Bezug auf typisierend benannte sicherheitsrelevante Ereignisse zu erweitern. Notwendige Voraussetzung hierfür wäre aber zuvor eine differenzierte Bewertung und Klassifizierung der als „bedeutsam“ zu deklarierenden Risiken, um eine willkürliche Festlegung von Konstellationen, welche die Meldepflicht auslösen, zu verhindern. Zugleich müssten die Einrichtungen verpflichtet werden, entsprechende hausinterne Schulungen durchzuführen. Dies könnte zugleich als Initialzündung einer „Nationalen Strategie zur Patientensicherheit“ sein, mit der in Politik, bei den Leistungsträgern und -erbringern sowie in der Gesellschaft systematisch aufeinander abgestimmte Handlungsstrategien zur Beförderung und Institutionalisierung einer risikosensiblen „Sicherheitskultur“ entworfen und umgesetzt werden. Mit dem „Aktionsbündnis Patientensicherheit“ existiert bereits eine erste Plattform, die allerdings nur über einen beschränkten Radius und limitierte Mittel verfügt. Es bedürfte daher einer signifikanten Verstärkung der Anstrengungen in Gesundheitspolitik und innerhalb des Systems der Gesundheitsversorgung.

## 6. Verbesserung der Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflege

### 6.1 Vorschlag in Kurzform

Schon in der Ausbildung zur/zum Gesundheits- und Krankenpfleger/In sollte das Vorkommen individueller Überlastung und das Risiko einer Depressionserkrankung (sog. „Burnout“) mit Blick auf die hohen Anforderungen und komplexen Rahmenbedingungen dieses Berufs thematisiert werden.

### 6.2 Erläuterungen

Niels H. beschrieb seine Arbeit auf der Intensivstation als für ihn faszinierend und beängstigend zugleich. Insbesondere im Zusammenhang mit Reanimationen haben sich bei ihm Depressionen und Angstzustände entwickelt. Obwohl er sich deshalb in (ambulante) psychiatrischer Behandlung begab, hatte er dies in seinem beruflichen Umfeld gleichzeitig verheimlicht. Niels H. konnte die Begrenzung seiner Kapazität nicht mit seinem Selbstbild als „Hightech-Pfleger“ in Einklang bringen. Das Misslingen von Reanimationen hat ihn sehr bedrückt, das Gelingen von Reanimationen hingegen seine Stimmung bis hin zur Euphorie verändert. In mindestens zwei Fällen soll Niels H. nach missglückten Reanimationsversuchen in Tränen aufgelöst angetroffen worden sein. Die von ihm in zahlreichen Fällen praktizierte Provokation von Reanimationslagen könnte der Versuch einer Art „Selbsttherapie“ gewesen sein. Derartigen Verlusten der Selbstkontrolle muss unbedingt vorgebeugt werden, indem nicht erst berufs begleitend, schon in der Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflege thematisiert wird, dass Überlastungsercheinungen insbesondere bei langjähriger Arbeit auf einer Intensivstation kein Zeichen von Schwäche oder Versagen sind. Vielmehr muss vermittelt werden, dass (zeitweise) psychische Stresserscheinungen eine normale, systemisch bedingte Folge der Berufsausübung sein können, die nicht verdrängt werden dürfen. An niedersächsischen Krankenhäusern herrscht offenbar eine Haltung vor, Fehler als persönliches Vergehen zu deklarieren und ggf. zu sanktionieren, obgleich der Patientensicherheit mit einer analytischen Fehlerkultur jenseits von Schuldzuweisungen mehr gedient wäre.

### 6.3 Schlussfolgerungen des Ausschusses

Die psychischen Belastungen in Pflegeberufen sind immens. Insbesondere auf intensivmedizinischen Stationen werden die Pflegekräfte regelmäßig mit schwerem Leid und unaufhaltsamem Tod konfrontiert. In Zeiten der „Hightech-Medizin“, die sehr viele Rettungs- und Heilungschancen eröffnet, besteht die Gefahr, dass sich das ärztliche und pflegerische Personal eigene Fehler oder gar Machtlosigkeit nicht einzugestehen getraut. Dabei sind Schadensereignisse häufig Resultat einer Fehlerkette und eher selten Ausdruck des Versagens eines Einzelnen. Deshalb sollte in der Pflegeausbildung, die bislang vorwiegend technisch und medizinisch-körperlich ausgerichtet ist, praxisorientiert das Vorkommen solcher Grenzerfahrungen und der Umgang hiermit durch den Betroffenen selbst wie seiner Arbeitskollegen/Innen thematisiert und mit konkreten Handlungsanleitungen zum Erkennen von Alarmsignalen und zur sachgerechten Reaktion hierauf verbunden werden. Zugleich könnte dies in einem künftigen Pflegeberufegesetz (siehe u. II., 2.5.) als ein verbindlicher Bestandteil der Ausbildung ausgewiesen werden.

## **7. Pflichtschulungen für das Pflegepersonal**

### **7.1 Vorschlag in Kurzform**

Auch nach erfolgreichem Abschluss der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung bedürfen berufstätige Pflegekräfte regelmäßiger Schulungen und Weiterbildung zu Risiko- und Sicherheitsthemen. Erwogen werden sollte weiterhin, ein Resilienztraining zur Steigerung der psychischen Widerstandskraft einzuführen.

### **7.2 Erläuterungen**

Mangels eines verbindlichen Rechtsrahmens (zu einem Pflegeberufegesetz siehe u. II., 2.5.) ist bisher nicht sichergestellt, dass Pflegekräfte regelmäßig Schulungen zu sicherheitsrelevanten Themen erhalten. Analog zu den Standards im Luftverkehr sollten solche Schulungen verpflichtend vorgesehen und in den Dienstplan eingebaut werden. Damit die Themenwahl nicht wie bislang im Rahmen der ärztlichen Fortbildung beliebig-zufällig erfolgt, sollte dazu ein verbindlicher, einheitlicher Kanon von Fragestellungen vorgeben werden. Dies könnte durch die Einrichtung einer Pflegekammer geschehen, über die derzeit der Landtag auf der Grundlage eines Gesetzentwurfs des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung vom 09.02.2016 berät (LT-Drucks. 17/5110); vorstellen lassen sich aber ebenso Organisationsformen anderer Art, um die nötige Verbindlichkeit und Einheitlichkeit einer verbesserten Fort- und Weiterbildung zu bewirken. Vorausgeschaltet werden sollte in jedem Falle eine systematische Analyse nach Defiziten im Wissensstand und in den Befähigungen der Pflegekräfte. Zusätzlich könnte ein standardmäßiges Resilienztraining, wie es etwa schon bei Soldatinnen und Soldaten und in Feuerwehren Standard ist, Pflegekräfte dazu verhelfen, die psychischen Belastungen besser zu verarbeiten und die eigene Vulnerabilität zu reduzieren.

### **7.3 Schlussfolgerungen des Ausschusses**

Es bedarf verbindlicher Regelungen, um regelmäßige Schulungen, praxisgerechte Fort- und Weiterbildungen sowie ein kontinuierliches Resilienztraining sicherzustellen. Hinsichtlich der Inhalte und näheren Ausgestaltung sollten die Erfahrungen aus anderen, erfahrungsgemäß mit erheblichen psychischen Belastungen einhergehenden Berufe genutzt werden.

## **8. Psychologische Eingangstests für Pflegeberufe**

### **8.1 Vorschlag in Kurzform**

Erwägenswert ist, schon die Einstellung neuer Krankenschwestern bzw. Krankenpfleger von der vorherigen Durchführung psychologischer Eingangstests abhängig zu machen.

### **8.2 Erläuterungen**

Der Pflegeberuf ist von besonderen – insbesondere auch psychischen – Belastungen geprägt. Analysen zu den bisherigen Tötungsserien in Krankenhäusern haben gezeigt, dass die Mehrzahl der Täter psychische Auffälligkeiten aufwies, mutmaßlich infolge ihrer – auch berufsbedingten – Dauerbelastung. Man könnte deshalb erwägen, bei der Personalauswahl schon vor einer Anstellung die hinreichende Belastbarkeit der Bewerberinnen und Bewerber abzuklären, wie dies in anderen Berufsfeldern – etwa bei Aufnahme in den Polizei- oder Militärdienst – der Fall ist. Dies ist in den Anhörungen des Ausschusses teilweise auch empfohlen worden. Allerdings dürfte den Ergebnissen solcher Eingangstests nur eine begrenzte Aussagekraft zukommen; vor Aufnahme der beruflichen Tätigkeit lassen sich regelmäßig noch keine validen Prognosen zur späteren Berufsausübung und zur Belastbarkeit treffen. Größere Effektivität versprechen regelmäßige Schulungen und das Angebot eines kontinuierlichen Resilienztrainings (siehe vorstehend 7.) ebenso wie eine regelmäßige Supervision (dazu u. 11.). Dies hindert jedoch nicht, im Personalgespräch die Motivation der Bewerberinnen und Bewerber abzufragen. Herrscht eine solche vor, die allein vom Streben nach Selbstbestätigung erst und allein durch die Berufsausübung getragen ist, steigt das Risiko von Gefühlen der Enttäuschung und Verbitterung bis hin zu einem identifikatorischen Grenzverlust. Die bisher begegnenden Täter in Pflegeberufen eint die Unfähigkeit, schwer kranke Menschen nur begleiten und nicht heilen zu können. Diese Begrenzung sollte schon zu Beginn im Personalgespräch thematisiert werden.

### **8.3 Schlussfolgerungen des Ausschusses**

Die Anhörungen des Sonderausschusses haben zutage gefördert, dass psychologische Eignungstest für die Pflegeberufe bisher nicht üblich sind. Solche Tests verbrauchen Ressourcen und erhöhen die

Komplexität des Einstellungsverfahrens, wobei Krankenhäuser und Pflegeheime schon jetzt Schwierigkeiten haben, in ausreichendem Maße qualifiziertes Personal zu finden. Vor diesem Hintergrund sollte die Etablierung solcher Eingangstests mit einer deutlich sichtbaren Nutzenerwartung verbunden sein; diese vermag der Ausschuss aber nicht zu erkennen. Im Wege einer Gesamtbetrachtung aller denkbaren Optionen sieht er in einem psychologischen Eingangstests, **der verpflichtend eingeführt würde**, keinen erkennbaren Beitrag zur Stärkung der Patientensicherheit.

## **9. Stärkere Beschränkung der Nebentätigkeiten von Pflegekräften**

### **9.1 Vorschlag in Kurzform**

Es ist durch geeignete Maßnahmen darauf hinzuwirken, dass die Erteilung von Nebentätigkeitsgenehmigungen nach verbindlichen, einheitlichen Standards erfolgt und dabei der im Zusammenhang mit den Belastungen der Haupttätigkeit entstehende Erholungsbedarf gebührend Berücksichtigung findet.

### **9.2 Erläuterungen**

Niels H. hatte neben seiner Tätigkeit als Intensivpfleger, die bereits für sich mit einer hohen Belastung verbunden war, in seiner Freizeit auch als Rettungssanitäter gearbeitet. Diese Nebentätigkeit ist ihm von seinen Arbeitgebern genehmigt worden. Offenbar werden solche Genehmigungen in der Praxis gerade im Hinblick auf den Rettungsdienst großzügig und ohne nähere Prüfung der Umstände im Einzelfall erteilt. Dabei sind die notwendigen Erholungs- und Ruhezeiten gesetzlich vorgegeben (Arbeitszeitgesetz) und weder für den Arbeitgeber noch für die Angestellten disponibel. Hiergegen verstoßen großzügig erteilte Nebentätigkeitsgenehmigungen zwar nicht formell-rechtlich, aber dem Rechtsgedanken nach. Deshalb sollte durch geeignete Maßnahmen sichergestellt werden, dass Nebentätigkeiten nur in begrenztem Maße, mit Rücksicht auf die individuellen Umstände und nach verbindlichen, einheitlichen Standards genehmigt werden. Die darin liegende Einschränkung der Berufsfreiheit dürfte im Lichte des Gesundheitsschutzes der Beschäftigten und im hiesigen Kontext nicht zuletzt auch der Patientensicherheit gerechtfertigt sein.

### **9.3 Schlussfolgerungen des Ausschusses**

Nach ständiger Rechtsprechung des Bundesarbeitsgerichts besteht zwar ein Anspruch auf Erteilung der gewünschten Nebentätigkeit, sofern keine betrieblichen Interessen des Arbeitgebers zu erwarten sind; insbesondere darf die Genehmigung nicht willkürlich verweigert werden. Zu den betrieblichen Interessen des Arbeitgebers zählen aber insbesondere die dienstlichen Belange, die also einen störungsfreien Ablauf der zu erledigenden Aufgaben zum Gegenstand haben. Eben derartige Störungen sind jedoch zu besorgen, wenn nicht gewährleistet ist, dass die erforderlichen psychischen und physischen Kapazitäten der bzw. des Beschäftigten für eine ordnungsgemäße Durchführung der Haupttätigkeit auch bei gleichzeitiger Übernahme von Nebentätigkeiten unberührt bleiben. Eben dies hat der Arbeitgeber bzw. die von ihm beauftragte Stelle (z.B. die Pflegedienstleitung) sorgfältig zu prüfen. Die Anhörungen des Sonderausschusses haben ergeben, dass in dieser Hinsicht offenbar ein erhebliches Vollzugsdefizit in der Praxis vorherrscht. Abhilfemöglichkeiten eröffnen sich, wenn etwa im Sinne einer einrichtungsbezogenen Qualitätssicherungsmaßnahme die Pflicht zu einem gesonderten, regelmäßigen Nebentätigkeits-Monitoring geschaffen würde.

## **10. Rotationssystem für (Intensiv-)Pflegekräfte**

### **10.1 Vorschlag in Kurzform**

Um der hohen Dauerbelastung des Pflegepersonals, insbesondere auf Intensivstationen, präventiv entgegenzuwirken, sollte die Etablierung eines Rotationssystems geprüft werden. Den Gesundheits- und Krankenschwestern und -pflegern würde dadurch die Möglichkeit eröffnet, sich bei Bedarf durch Versetzung in ein weniger belastendes Arbeitsumfeld vorübergehend (z.B. für ein halbes Jahr) Entlastung zu verschaffen.

### **10.2 Erläuterungen**

Täter vergangener Tötungsserien in Krankenhäusern waren zumeist am sog. „Burnout-Syndrom“ erkrankt, hervorgerufen oder jedenfalls begünstigt durch die enorme Stressbelastung im Pflegeberuf. Wenn Pflegekräfte über Jahre hinweg hohen psychischen Belastungen ausgesetzt sind, benötigen sie übergangsweise einer Entlastung. In den Anhörungen des Sonderausschusses ist deshalb ein Rotationssystem vorgeschlagen worden, mit dem zumindest das Angebot eröffnet werden könnte, durch einen vorübergehenden (z.B. halbjährlichen) Wechsel des Arbeitsumfeldes Entlastung zu erlangen. Um zu verhindern, dass Pflegerinnen und Pfleger eine erholungsbedingte Versetzung zu vereiteln versuchen, indem sie das Krankenhaus wechseln, bedürfte es dahingehender bundeseinheitlicher Regelungen (etwa in einem künftigen Pflegeberufegesetz, siehe u. II., 2.5.) und eines funktionierenden klinikübergreifenden Melde- und Informationssystems. Die in den Anhörungen hiergegen formulierten Vorbehalte gehen dahin, dass Intensivpflegekräfte sich als „Eliteeinheit“ verstünden und es deshalb als „Degradierung“ empfänden, in eine ruhigere Abteilung versetzt zu werden. Ferner stelle es sich schon heute als schwierig dar, auf dem Arbeitsmarkt in ausreichendem Maße geeignete Intensivpflegekräfte zu finden. Die von diesem Personal erwartete Expertise sei zudem mit einem Rotationssystem nur schwerlich zu vereinbaren, denn durch die Herausnahme aus dem gewohnten Arbeitsumfeld büßten diese Pflegekräfte an Erfahrung und Kompetenzen ein. Es stelle außerdem keinen überzeugenden Lösungsansatz dar, die Pflegekräfte auf den Intensivstationen erst der Traumatisierung auszusetzen, um ihnen sodann auf anderen Stationen Erholung zu ermöglichen; vielmehr müsse bei den Arbeitsbedingungen auf der Intensivstation angesetzt werden. Schließlich wird eingewandt, dass mit einem Rotationssystem angesichts der Anforderungen und personellen Gegebenheiten in anderen Pflegebereichen nicht automatisch eine Entlastung einherginge.

### **10.3 Schlussfolgerungen des Ausschusses**

Ein Rotationssystem für Intensivpfleger/Innen gibt es an niedersächsischen Krankenhäusern bisher nicht. Ein Modell der zwangsweisen Rotation würde die Berufsausübungsfreiheit (Art. 12 Abs. 1 GG) der Pflegekräfte deutlich einschränken, ließe sich aber im Lichte der Patientensicherheit durchaus rechtfertigen. Es bestehen jedoch erhebliche Zweifel am praktischen Nutzen einer zwangsweisen Versetzung, weil es die unbestreitbaren Nachteile (Verlust von Erfahrung, Verschärfung der Ressourcenproblematik auf den [Intensiv-]Stationen) auch dort in Kauf nähme, wo es womöglich gar nicht erforderlich wäre. Der Fall des Niels H., der vor seinen Taten am Klinikum Delmenhorst für neun Monate die Intensivmedizin verlassen hatte, ist jedenfalls kein Beleg für die Notwendigkeit eines zwangsweisen Rotationssystems. Eine Auswertung der vorangegangenen Tötungsserien innerhalb der letzten 25 Jahre hat ergeben, dass die Hälfte hiervon auf Intensivstationen, die anderen hingegen auf peripheren Stationen oder in Heimen stattfanden. Es handelt sich mithin nicht um ein Phänomen, das allein die Verhältnisse auf Intensivstationen betrifft. Allerdings könnte ein freiwilliges Angebot zur Rotation im Einzelfall ein probates Mittel sein, um (Intensiv-) Pflegerinnen und Pflegern, die sich auf ihrer Station sukzessive überfordert fühlen, einen Ausweg anzubieten. Dazu bedarf es keiner diktierten Versetzung, sondern lediglich eines standardisierten, personenunabhängigen Regelangebots, das nach Ablauf einer vorgegebenen Beschäftigungsdauer ohne gesonderte Begründungsnotwendigkeit in Anspruch genommen werden kann. Die Krankenhausleitungen sollten daher von den Selbstverwaltungskörperschaften (insbesondere die Niedersächsische Krankenhausgesellschaft) angehalten werden, die Möglichkeit eines freiwilligen Rotationssystems für (Intensiv-)Pflegekräfte je nach den vor Ort gegebenen Organisations- und Personalstrukturen zu prüfen.

## **11. Regelmäßige Supervisionen**

### **11.1 Vorschlag in Kurzform**

Im Sinne eines weiteren Qualitätserfordernisses sollte für (Intensiv-)Pflegekräfte eine regelmäßige begleitete Reflexion über die eigenen Belastungen, Erfahrungen und berufsbezogene Haltung unter der Anleitung professioneller Supervisoren etabliert werden. Auf diese Weise könnten frühzeitig Anzeichen für Ermüdung und Tendenzen eines schleichenden Verlusts der Selbstkontrolle aufgedeckt werden.

### **11.2 Erläuterungen**

Auf Intensivstationen ist das ärztliche und pflegerische Personal in besonderem Maße darauf angewiesen, vertrauensvoll zusammenwirken zu können. Dies begünstigt eine Haltung, Warnsignale innerhalb des Behandlungsteams aus Sorge vor Vertrauenseinbußen und Konflikten zunächst nicht wahrnehmen zu wollen oder jedenfalls nicht zur Sprache zu bringen. Aus anderen medizinischen Kontexten, insbesondere aus dem Bereich der Psychotherapie und Psychotherapie, ist jedoch seit längerem bekannt, dass eine regelmäßige systematische Reflexion über das eigene berufliche Handeln (Supervision) im Sinne einer „Hilfe zur Selbsthilfe“ ein geschütztes Forum bereitzustellen vermag, um sich ohne Furcht vor missliebigen Konsequenzen die eigenen psychischen Belastungen und deren potentielle Auswirkungen vergegenwärtigen und die hieraus gewonnenen Erkenntnisse konstruktiv nutzen zu können. Soweit für Intensivstationen bereits praktische Erfahrungen bestehen, ist zu erkennen, dass eine solche Möglichkeit zumeist nicht in Anspruch genommen wird, wenn Pflegekräfte sich gezwungen sehen, den ersten Schritt selbst zu wagen. Deshalb lässt sich eine professionelle Supervision nur dann in den regelmäßigen Dienstbetrieb integrieren, wenn sie zu einem Qualitätsmerkmal für Behandlungsteams auf Intensivstationen gemacht würde. Aufgerufen wären vor allem die Klinik- und Pflegedienstleitungen, ein solches standardmäßiges „Betreuungs- und Hilfesystem“ innerhalb der bestehenden einrichtungsinternen Strukturen zu etablieren.

### **11.3 Schlussfolgerungen des Ausschusses**

Nach Ansicht des Sonderausschusses sollten vor einer flächendeckenden Einführung zunächst – ggf. in Gestalt von Modellprojekten – Sinnhaftigkeit, zugrunde zu legende Methodik, Übertragbarkeit der in anderen Bereichen bereits gesammelten Erfahrungen und die Möglichkeiten der Realisierung, unter Einschluss der Finanzierungsfrage näher geprüft werden. Hierzu sind primär die jeweiligen Fachgesellschaften berufen. Ggf. wäre in einem zweiten Schritt sodann auch die Qualitätsmanagement-Richtlinie Krankenhäuser des Gemeinsamen Bundesausschusses um diesen Aspekt zu ergänzen.

## **12. Blutentnahme und -untersuchung im Rahmen der Leichenschau**

### **12.1 Vorschlag in Kurzform**

Eine Blutentnahme und -untersuchung sollte künftig obligatorischer Teil einer jeden Leichenschau sein.

### **12.2 Erläuterungen**

Die bisher geltenden Regeln zur Durchführung der ärztlichen Leichenschau (gemäß AWMF-Leitlinie Nr. 054/002, Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin, Stand: 12/2012<sup>2</sup>) sehen zwar eine sorgfältige, detailliert beschriebene Untersuchung des (i.d.R. unbekleideten) Leichnam in seiner äußeren Beschaffenheit, aber keine Blutuntersuchung vor. Diese könnte jedoch wichtige Anhaltspunkte für eine unnatürliche Todesursache liefern. Aus diesem Grund hat sich auch die Ministerin für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung diese Forderung inzwischen zu eigen gemacht (Pressemittelung der Niedersächsischen Staatskanzlei vom 17.03.2015).

<sup>2</sup> [http://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/054-0021\\_S1\\_Leichenschau-2013-01.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/054-0021_S1_Leichenschau-2013-01.pdf)

### 12.3 Schlussfolgerungen des Ausschusses

Die Regeln zur Durchführung der ärztlichen Leichenschau sollten um diesen Aspekt ergänzt werden. Zuständig hierfür ist die Deutsche Gesellschaft für Rechtsmedizin. Einer Änderung **des Gesetzes über das Leichen-, Bestattungs- und Friedhofswesen (BestattG)** vom 8. Dezember 2005 (Nds.GVBl. Nr.27/2005 S.381) bedürfte es insoweit nicht.

## B. Rechtspolitische Empfehlungen

### 1. Umsetzung durch den Landesgesetzgeber

#### 1.1. Einführung einer klinikinternen Arzneimittelkommission

##### 1.1.1 Vorschlag in Kurzform

Das Niedersächsische Krankenhausgesetz sollte dahingehend ergänzt werden, dass es die Krankenhäuser künftig verpflichtet, eine Arzneimittelkommission einzurichten. Dieser wäre aufgegeben, ergänzend zur Funktion einer „Stationsapothekerin“ bzw. eines „Stationsapothekers“ (dazu bereits o. 1.) Bestand und strikt verordnungsentprechende Ausgabe/Verwendung der Medikamente regelhaft zu überwachen. Ihre Aufgabenwahrnehmung bedürfte einer Geschäftsordnung, sie sollte auch mit ärztlichen Entscheidungsträgern besetzt sein.

##### 1.1.2 Erläuterungen

Die Arzneimittelversorgung der niedersächsischen Krankenhäuser findet zum Teil nicht mehr durch krankenhauseigene, sondern durch externe öffentliche Apotheken statt. Beide unterstehen nach § 64 Arzneimittelgesetz (AMG) der Niedersächsischen Apothekerkammer als Aufsichtsbehörde. Die Überwachung erstreckt sich originär auf den Bereich der Apotheke selbst, also die Apothekenbetriebsräume; sie ist jedoch im Wesentlichen auch hierauf beschränkt. Sobald die Arzneimittel an die jeweilige Station abgegeben sind, endet die aufsichtsrechtliche Überwachung. Der Bestand der Stationsvorräte wie auch der Verbrauch in seiner Entwicklung werden von der Niedersächsischen Apothekerkammer nicht kontrolliert. Aufgabe der Krankenhausapotheke ist es, wenigstens zweimal jährlich die Stationsvorräte hinsichtlich der Lagerungsbedingungen, der Verfallsdaten, des Ordnungszustandes, der Kühlung etc. zu überprüfen. Bestandskontrollen werden dabei aber nicht durchgeführt; die jeweilige Ausgabe und Verwendung erfolgt – auf ärztliche Anordnung hin – durch die jeweiligen Stationspflegekräfte, ohne dass der Zugriff auf Medikamente einer übergreifenden Kontrolle unterliegt. Eine klinikinterne Arzneimittelkommission gewinnt vor diesem Hintergrund ihre Bedeutung: Ihr wäre aufgegeben, den Bestand und die Ausgabe/Verwendung von Arzneimitteln regelhaft zu überwachen, nicht zuletzt auch mit Blick auf die strikte Einhaltung der ärztlichen Verordnungen. Dies erhöht die Sicherheit beim Umgang mit Arzneimitteln und schafft zugleich eine Instanz zur Verbesserung des interprofessionellen Informationsaustausches zwischen den Verantwortlichen. Die Arzneimittelkommission diene als Schnittstelle zwischen der Arzneimittelbelieferung und den Abläufen auf einer Station. Auf freiwilliger Basis hat sich das Klinikum Oldenburg bereits dazu entschieden, eine hauseigene Arzneimittelkommission einzurichten.

##### 1.1.3 Schlussfolgerungen des Ausschusses

Bisher gibt es keine rechtliche Verpflichtung zur Einrichtung einer krankenhausesinternen Arzneimittelkommission. Die Landesregierung hat aber angekündigt, eine solche Verpflichtung bei der nächsten Novellierung des Niedersächsischen Krankenhausgesetzes (NKHG) gesetzlich verankern zu wollen. Dabei sollten jedoch auch die Strukturen einer solchen Kommission zwecks einheitlicher Ausgestaltung vorgegeben werden, um eine größtmögliche Effektivität ihrer Befassung integriert in den bestehenden Krankenhausbetrieb sicherzustellen. Eine im Jahr 2015 durchgeführte Schwerpunktüberwachung der niedersächsischen Aufsichtsbehörde hat ergeben, dass es hieran bei den bereits vorhandenen Kommissionen zum Teil in erheblichem Maße mangelt. Einer Festlegung bedarf es insbesondere hinsichtlich der Zahl ihrer Mitglieder, einer Mindestfrequenz der Sitzungen, ihrer institutionellen Struktur und der näheren Festlegung ihrer Aufgaben. Für die hierdurch betroffene Gesetzgebungsmaterie der Krankenhausplanung haben die Bundesländer die alleinige Gesetzgebungskompetenz. Denn die konkurrierende Gesetzgebungskompetenz des Bundes aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG ermöglicht nur die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser, versperrt dem Bund aber Regelungen zur Krankenhausorganisation und -planung. Auf dieser Grundlage sollte sich jede Arzneimittelkommission ferner eine Geschäftsordnung geben, um grundlegende verfahrensrechtliche Handlungskorridore (z.B. zu möglichen Befangenheitsgründen, Anwesenheitsrechten, Entscheidung bei Dissens etc.) vorab zu treffen. Wichtig ist zudem, dass

an den Sitzungen entscheidungstragende Ärztinnen und Ärzte (d.h. Chef- und Oberarztpersonal) teilnehmen. Nicht zuletzt bedarf es einer zufriedenstellenden Klärung der Finanzierung. Das zuständige Ministerium hat inzwischen mit seinem Erlass vom November 2015 die Selbstverwaltungskörperschaften (Niedersächsische Krankenhausgesellschaft, Ärzte- und Apothekerkammer) gebeten, auch ihrerseits an ihre Mitglieder heranzutreten und diese für das Thema der Arzneimittelsicherheit zu sensibilisieren.

## **1.2. Einführung anonymer Meldesysteme („Whistleblowing“)**

### **1.2.1 Vorschlag in Kurzform**

In allen Krankenhäusern sollte obligatorisch ein anonymes Meldesystem eingeführt werden. Dieses ermöglicht es Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, evtl. Verdachtsmomente für Fehl- oder gar kriminelles Handeln innerhalb des Krankenhausbetriebes an eine neutrale Stelle zu melden, ohne dass dabei Rückschlüsse auf ihre Identität gezogen werden können.

### **1.2.2 Erläuterungen**

Die Anhörungen des Sonderausschusses haben erbracht, dass jedenfalls im Delmenhorster Krankenhaus schon einige Zeit vor der eigentlichen Entdeckung des straftatbegründenden Verhaltensmusters Gerüchte unter den Mitarbeitern kursierten („Gerede“). Die Notwendigkeit eines vertrauensvollen Zusammenwirkens (bereits o. l., 11.2) bildet jedoch eine hohe psychologische Barriere, die daran hindert, Warnsignale für dysfunktionales Geschehen frühzeitig der vorgesetzten Stelle zur Kenntnis zu geben. Die Möglichkeit einer anonymen Meldung, die nicht zugleich als unkollegiales „Denunzieren“ empfunden wird, hätte im vorliegenden Fall mutmaßlich viele Leben gerettet. Bislang besteht jedoch im Krankenhausbereich allgemein ein erhebliches Vollzugsdefizit bei der Einführung derartiger Meldesysteme. Zwar hat die Selbstverwaltung mit dem Critical Incident Reporting System (CIRS) vor einigen Jahren ein System entwickelt, durch das Beinahe-Fehler im Krankenhaus gemeldet werden können (dazu o. l., 5.). Dieses ist aber primär darauf ausgerichtet, mögliche ärztliche oder pflegerische Behandlungsfehler sowie organisatorische Mängel zu melden. Zudem ist das CIRS kein anonymes Meldesystem; es kann jeder Mitarbeiter, der über das CIRS Meldung erstattet, identifiziert werden. Erst die Gewähr von Anonymität und Diskretion beseitigt insbesondere bei Pflegekräften innerhalb eines „eingeschworenen Teams“ die Hemmschwelle, zum Wohle des Patienten aktiv zu werden. Zugleich gewährleistet sie, dass die Zusammenarbeit im Team nicht zerstört wird, sollte sich der Verdacht nicht erhärten. Ein Whistleblowing-System kann dazu bewegen, Bedenken früher zu äußern. Der konkrete Vorschlag geht dahin, auf klarer rechtlicher Grundlage eine Pflicht aller Krankenhäuser zur Einführung eines solchen Meldesystems zu statuieren. Dabei sind jedoch die arbeitsrechtlichen Pflichten des Arbeitnehmers gegenüber Mitarbeitern und Vorgesetzten zu beachten; ein solches System birgt immer auch die Gefahr des Mobbing. Bisherige Erfahrungen, insbesondere aus der freien Wirtschaft oder im Bankenwesen, legen aber nahe, dass die große Mehrzahl der Beschäftigten mit einem solchen System sehr verantwortungsvoll umgehen. Zudem sollte, bevor Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sich mit ihrem Stör- und/oder Angstgefühl an externe Stellen wenden, der Weg zur Klinik- oder Pflegedienstleitung vorrangig sein. Dazu bedarf es jedoch verstärkter Anstrengungen auf der Leitungsebene, um Mitarbeitern entsprechende klinikinterne Kommunikationswege aufzuzeigen, die ohne Sorge vor nachteiligen Folgen beschritten werden können. Das System sollte auf der Anwendungsebene offen, d.h. für jedermann zugänglich sein. Gleichzeitig muss ihm insofern ein verdecktes Verfahren zugrunde liegen, als die Vorgesetzten keine Kenntnis (von der einzelnen Meldung) erlangen dürfen. Schließlich bedarf es eines standardisierten Vorgehens der Verarbeitung eingehender Meldungen. Das Niedersächsische Sozialministerium hat bereits Gespräche mit einem großen Anbieter von Whistleblowing-Systemen geführt, der u.a. auch das Landeskriminalamt Niedersachsen ausgestattet hat.

### **1.2.3 Schlussfolgerungen des Ausschusses**

Das Vorhaben, anonyme Meldesysteme dieser Art künftig an niedersächsischen Krankenhäusern zu etablieren, ist grundsätzlich zu begrüßen. Dies wäre auch im Wege einer gesetzlichen Verankerung, etwa aus Anlass der nächsten Novellierung des Niedersächsischen Krankenhausgesetzes (NKHG), grundsätzlich möglich. Zwar unterfallen die arbeitsrechtlichen Bezüge der Krankenhausorganisation nach Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG der konkurrierenden Gesetzgebungskompetenz des Bundes, d.h. das Land Niedersachsen kann insoweit nur gesetzgeberisch tätig werden, solange und soweit der Bund von seiner Gesetzgebungszuständigkeit noch keinen Gebrauch gemacht hat. Auf Bundesebene wurde der Gesetzentwurf zu einem Whistleblower-Schutzgesetz (BT-Drucks. 18/3039) jedoch Mitte 2015 in zweiter Beratung mehrheitlich abgelehnt.



Ein dahingehender Regelungsbedarf erscheint allerdings auch fraglich: Zwar normiert § 612a BGB lediglich generalklauselartig, dass es dem Arbeitgeber untersagt ist, den Arbeitnehmer zu benachteiligen, wenn dieser in zulässiger Weise seine Rechte ausübt. Wann ein Arbeitnehmer durch das Whistleblowing seine Pflichten verletzt und ihm deshalb rechtswirksam gekündigt werden kann, entscheidet die Arbeitsgerichtsbarkeit unter Abwägung aller Umstände. Für die Privatwirtschaft existieren nur vereinzelt spezialgesetzliche Regelungen zur Zulässigkeit externen, d.h. nach außen gerichteten Whistleblowings. Regelmäßig müssen die Interessen des Whistleblowers, des Arbeitgebers und der Öffentlichkeit gegeneinander abgewogen werden. Von besonderer Bedeutung für diesen Abwägungsvorgang ist dabei das Interesse der Öffentlichkeit an der Offenbarung eines Missstandes. Insbesondere wenn Kollektivrechtsgüter und/oder öffentliche Einrichtungen betroffen sind, spricht dies für die Rechtmäßigkeit des Whistleblowings. Gleiches gilt, wenn der Missstand eine Vielzahl von Individualrechtsgütern oder einzelne gewichtige Individualrechtsgüter besonders intensiv gefährdet. Generell gilt: Je geringer der Aufwand ist, mit dem das Fehlverhalten sich auch ohne die Einschaltung der Behörden oder sonst der Öffentlichkeit abstellen lässt, desto mehr fällt das Geheimhaltungsinteresse des Arbeitgebers ins Gewicht. Entscheidend ist dabei auch, welche Erfolgsaussichten das Hinzuziehen eines innerbetrieblich verantwortlichen Vorgesetzten hat. Eine innerbetriebliche Meldung ist dem Arbeitnehmer regelmäßig nicht zumutbar, wenn er Kenntnis von schwerwiegenden Straftaten erhält.

Nach diesen Grundsätzen lassen sich arbeitsgerichtlich angemessene Einzelfallentscheidungen treffen, so dass die bisherigen Regelungen ausreichen. Das gilt insbesondere, nachdem der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte im Jahr 2011 die Rechte von Whistleblowern gestärkt und die deutsche Arbeitsgerichtsbarkeit in diesem Kontext zu einer stärkeren Gewichtung der Meinungsfreiheit ermahnt hat. Über diese Rechtslage sollten die Klinikleitungen und die Beschäftigten jedoch auf geeignete Weise informiert werden.

### 1.3 Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen sowie Mortalitätsstatistiken

#### 1.3.1 Vorschlag in Kurzform

Die niedersächsischen Krankenhäuser sollten verpflichtet werden, regelmäßig Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen abzuhalten. Ferner solle auch erwogen werden, nicht nur krankenhauserintern, sondern landes- und bundesweit kontinuierliche Mortalitätsstatistiken zu erstellen, um dadurch besser und frühzeitiger Auffälligkeiten hinsichtlich steigender Sterberaten erkennen zu können.

#### 1.3.2 Erläuterungen

Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (M&M-Konferenzen) stärken die Patientensicherheit. Zum einen ermöglichen sie es dem medizinischen Personal, Fehler zu entdecken, abzustellen und damit Behandlungsprozesse zu verbessern. Zum anderen erhöhen sie die Wahrscheinlichkeit, dass kriminelles Handeln im Krankenhaus aufgedeckt wird. Wer seine kriminelle Energie im Krankenhaus einsetzt, muss damit rechnen, entdeckt zu werden, wenn derartige Konferenzen regelmäßig abgehalten werden. Im Wesentlichen soll während der M&M-Konferenzen im Team überprüft werden, ob und warum der Tod einer Patientin oder eines Patienten aus ärztlich-medizinischer Sicht zu erwarten war. Würde allerdings (insbesondere in großen Krankenhäusern) jeder einzelne Todesfall auf diese Weise untersucht, entstünde die Gefahr, dass – von der Ressourcenproblematik ganz abgesehen – die wirklich kritischen Fälle übersehen werden könnten. Deshalb müssen diese bereits zuvor nach vorgegebenen Kriterien aus dem Gesamtfeld aller Todesfälle ausgefiltert werden. Als Vorbild könnte das in den Niederlanden praktizierte „Groninger-Modell“ dienen, das eine vorgeschaltete Prüfung der Todesfälle durch eine Kommission hinsichtlich evtl. auffälliger Verläufe vorsieht, ehe die daraus hervorgehenden kritischen Fälle dann in die M&M-Konferenz eingebracht werden. Ein positiver Nebeneffekt solcher Konferenzen liegt darin, dass sie dem Krankenhauspersonal ein Forum des gemeinsamen Nachdankens und des Artikulierens der eigenen Gewissensnöte eröffnet. Auch Mortalitätsstatistiken können Anhaltspunkte für ungewöhnliche Vorgänge liefern. Doch sollte man sich der begrenzten Aussagekraft solcher Statistiken, mit Blick auf übliche Schwankungsbreiten, bewusst sein. Es ist also keineswegs sicher oder auch nur wahrscheinlich, dass sich Straftaten wie im vorliegenden Fall überhaupt mit Signifikanz in der Statistik niederschlagen. Immerhin ist es aber ein zusätzliches Instrument, um zumindest unspezifische hausinterne Auffälligkeiten mittelfristig erkennen zu können. Der Erkenntnisgewinn bei einem synoptischen Vergleich der Krankenhausstatistiken miteinander hängt allerdings maßgeblich davon ab, wie sehr sich die Häuser hinsichtlich ihrer betreuten Stationen ähneln. Einen Vorteil böte es, die Mortalitätsstatistiken um Datensätze zu Medikamenten, mit denen sich unauffällig Todesfälle provozieren lassen, zu ergänzen. So ließen sich Auffälligkeiten in den Todeszahlen mit solchen im Verbrauch der entsprechenden Medikamente abgleichen.

### 1.3.3 Schlussfolgerungen des Ausschusses

Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen gibt es bereits in einzelnen niedersächsischen Krankenhäusern, insbesondere in solchen, die Hochrisikopatienten versorgen. Das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung verfolgt das Ziel, solche Konferenzen ebenso wie das Führen von Mortalitätsstatistiken künftig – nach entsprechender Novellierung des Niedersächsischen Krankenhausgesetzes (NKHG) – in allen niedersächsischen Krankenhäusern verpflichtend einzuführen. In regelmäßigen Dienstbesprechungen sollen die jeweiligen Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegekräfte einmal im Monat für bestimmte medizinische Bereiche nachverfolgen, ob sich Auffälligkeiten entdecken lassen, die auf ein ungewöhnlich vermehrtes Versterben von Patienten schließen lassen könnte. Auch die Einrichtung und Durchführung dieser M&M-Konferenzen erfordert jedoch ein hohes Maß an Professionalisierung und Standardisierung; bislang herrscht in der klinischen Praxis hinsichtlich deren Zusammensetzung, folgenrelevante Wertigkeit und Verfahrensweisen eine große Spannweite. Vor Implementierung einer gesetzlichen Verpflichtung sollten daher die praktischen Implikationen zunächst – etwa im Wege eines Forschungsauftrages – näher analysiert werden. Die Sinnhaftigkeit klinikinterner Mortalitätsstatistiken lässt sich nicht ernstlich bestreiten; prüfungsbedürftig ist jedoch, ob bei den z.T. recht heterogenen Strukturen und Rahmenbedingungen der verschiedenen Einrichtungen auch landes- oder gar bundesweite Mortalitätsstatistiken das bessere und frühzeitigere Erkennen von Auffälligkeiten ermöglichen kann.

## 1.4 Entkopplung von Todesfeststellung und äußerer Leichenschau; Leichenschauärzte

### 1.4.1 Vorschlag in Kurzform

Es bedarf einer Professionalisierung der äußeren Leichenschau. Hierzu sollte entweder eine spezifische Fortbildungspflicht (mit Praxisteil) für alle Ärztinnen und Ärzte geschaffen oder eine spezifische Zusatzqualifikation für spezielle „Leichenschauärzte“ etabliert werden, so dass sich die allgemeine ärztliche Aufgabe auf die Todesfeststellung beschränken würde. In jedem Falle bedürfte es bei Sterbefällen in Krankenhäusern einer Übertragung der äußeren Leichenschau auf externe Ärztinnen und Ärzte sowie allgemein einer besseren Honorierung. Bedenkenswert ist darüber hinaus die Implementierung einer „Leichennachschau“ durch rechtsmedizinische Institute als qualitätssichernde Maßnahme.

### 1.4.2 Erläuterungen

Gegenwärtig darf jede Ärztin und jeder Arzt mit Approbation ohne Rücksicht auf die jeweiligen spezifischen Arbeitsgebiete und klinischen Erfahrungen eine Leichenschau vornehmen. Eine hierauf bezogene besondere Qualifikation ist nach geltender Rechtslage nicht erforderlich. Die sorgfältige Vornahme einer Leichenschau erfordert jedoch eine vertiefte Expertise dessen, was die einschlägige Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin („Regeln zur Durchführung der ärztlichen Leichenschau“, AWMF-Leitlinie Nr. 054/002, Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin, Stand: 12/2012) detailliert beschreibt. Vor diesem Hintergrund besteht die naheliegende Vermutung, dass die bekannten Unsicherheiten vieler Ärztinnen und Ärzte bei der verlässlichen Feststellung der Todesursache im Kern durch ihre mangelhafte Vorbereitung auf diese genuin rechtsmedizinische Aufgabe begründet ist. Vor diesem Hintergrund hat schon die Herbsttagung der Justizministerkonferenz 2009 eine „Professionalisierung der äußeren Leichenschau“ angemahnt, die mit der 85. Justizministerkonferenz 2014 und in den Beschlüssen der 84. Gesundheitsministerkonferenz 2011 nochmals bekräftigt wurde. Abhilfe ließe sich auf zweierlei Wegen vorstellen: Entweder gelingt es, für sämtliche Ärztinnen und Ärzte eine spezifische Fortbildungspflicht zu etablieren, damit die äußere Leichenschau auch weiterhin als allgemeine ärztliche Aufgabe betrachtet werden kann. Oder aber es bedürfte der Einrichtung speziell qualifizierter Leichenschauärzte, was dann zu einer Entlastung aller anderen, lediglich auf die Todesfeststellung beschränkten Ärzte führen würde. Zudem ginge eine solche Entkopplung mit dem weiteren Anliegen konform, dass die Leichenschau bei Sterbefällen in Krankenhäusern aus Gründen möglicher Befangenheiten generell auf externe Ärztinnen und Ärzte übertragen werden sollte. Bedenken hiergegen resultieren jedoch aus der Frage, ob sich auf diese Weise noch der Sicherstellungsauftrag flächendeckend gewährleisten lässt. Jedoch erscheint es ebenso wenig zweifelsfrei, ob es gelingen kann, der gesamten Ärzteschaft durch eine entsprechende Fortbildungsmaßnahme zur benötigten leichenschauspezifischen Sachkunde zu verhelfen. Fraglos ist die bisherige Honorierung mit 28,50 EUR (Ziff. 100) nicht angemessen. Das Todesermittlungsverfahren als solches (vgl. §§ 87 ff. StPO) gibt dagegen keinen Anlass für Änderungsvorschläge.

### 1.4.3 Schlussfolgerungen des Ausschusses

Während die Einrichtung einer verpflichtenden Fortbildung ein entsprechendes Tätigwerden der Ärztekammer(n) zur Voraussetzung hätte, bedürfte die Einführung eines spezifischen Arztvorbehalts („mit der

Zusatzqualifikation für die Leichenschau“) einer Änderung des niedersächsischen Bestattungsgesetzes (vgl. § 3 Abs. 3). Dies gilt auch, wenn Sterbefälle in Krankenhäusern nicht mehr wie bisher den jeweils diensthabenden Ärztinnen und Ärzten überlassen bleiben soll. So sehr die Notwendigkeit einer stärkeren Professionalisierung einleuchtet, sollten die Vor- und Nachteile der bestehenden Optionen erst noch näher analysiert werden. Eine zufriedenstellende Klärung der Honorierungsfrage setzt eine entsprechende Novellierung der GOÄ voraus.

## **1.5 Spezifizierung der Meldepflicht bei potentiell nicht natürlichem Tod in § 4 Abs. 4 BestattG**

### **1.5.1 Vorschlag in Kurzform**

Diejenigen Ärztinnen und Ärzte, welche die äußere Leichenschau vornehmen, sollten davon entlastet werden, erst im Einzelfall aufgrund von konkreten Befunden entscheiden zu müssen, ob sie die Staatsanwaltschaft bzw. Polizei benachrichtigen sollten. Vielmehr sind durch Änderung des niedersächsischen Bestattungsgesetzes meldepflichtige Konstellationen typisierend zu benennen, um dadurch die Rechtssicherheit und zugleich die Kontrolldichte in Bezug auf potentiell unnatürliche Todesfälle zu erhöhen.

### **1.5.2 Erläuterungen**

Bestehen Anhaltspunkte für einen – möglicherweise – unnatürlichen Tod oder ist die Todesart ungeklärt, so ist nach § 4 Abs. 4 BestattG jede Ärztin/jeder Arzt verpflichtet, unverzüglich die Polizei oder Staatsanwaltschaft zu benachrichtigen. Die zutreffende Auslegung, was als „natürlicher“ oder (mutmaßlich) „unnatürlicher Tod“ gelten könnte, bereitet jedoch in der Praxis erhebliche Schwierigkeiten, und es scheint wegen des erhöhten Arbeits- und Zeitaufwandes, mangelnder Erfahrung, wirtschaftlicher Erwägungen, der Sorge vor Aufdeckung eigener Behandlungsfehler u.a.m. mitunter eine Neigung zu bestehen, voreilig einen „natürlichen Tod“ zu bescheinigen. Dementsprechend sind die Sektionszahlen dramatisch zurückgegangen und ist von einer erheblichen Diskrepanz zwischen klinisch und autoptisch festgestellter Todesursache auszugehen – mit negativen Auswirkungen auf die Todesfallstatistik, insbesondere aber auch auf die Prävention von Struktur- und Behandlungsfehlern sowie die Aufklärung von Straftaten. Man schätzt, dass auf diese Weise jährlich mindestens 1.200 Tötungsdelikte unerkannt bleiben. Dass mitunter auf Ärztinnen und Ärzte auch durch Polizeikräfte im Sinne der Bescheinigung eines „natürlichen Todes“ eingewirkt wird, gilt als empirisch belegt; Ursache hierfür dürfte u.a. sein, dass diese sich in ihrer Funktion nicht für die Aufklärung medizinisch unklarer Todesfälle zuständig fühlen, sondern allein für solche, bei denen ersichtlich ein „Fremdverschulden“ in Betracht kommt.

Vor diesem Hintergrund erscheint es naheliegend, die Unwägbarkeiten auf dem Weg zur Ermöglichung einer Sektion (nach den §§ 87 ff. StPO) durch typisierende Konkretisierung von Konstellationen zu reduzieren, die eine Meldepflicht auslösen. In diesem Sinne plant das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung eine Änderung des BestattG in dem Sinne, dass in einem neuen § 4a insgesamt sieben per se meldepflichtige Konstellationen gesetzlich vorgegeben werden sollen; diese gehen auf gemeinsame Überlegungen mit den norddeutschen Bundesländern Bremen, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein zurück. Danach soll stets Polizei oder Staatsanwaltschaft benachrichtigt werden bei

- einer unbekanntem oder nicht sicher zu identifizierenden Person,
- einem Tod in amtlichem Gewahrsam,
- einem Tod im Alter vor Vollendung des 14. Lebensjahres, wenn keine den Tod zweifelsfrei erklärende Vorerkrankung vorliegt,
- einem Tod mit fortgeschrittenen Leichenveränderungen,
- einem Tod, bei dem der begründete Vorwurf einer Fehlbehandlung erhoben wird,
- einem Tod aufgrund von Komplikationen im Zusammenhang mit einer medizinischen Behandlung,
- Auffälligkeit in Bezug auf den Leichenfundort oder dessen Umgebung.

### 1.5.3 Schlussfolgerungen des Ausschusses

Das Vorhaben ist grundsätzlich zu begrüßen. Allerdings muss eine solche abstrakt-generelle Auflistung von typischerweise melde- und klärungspflichtiger Konstellationen zwei Anliegen gleichermaßen erfüllen: Zum einen bedarf es einer gewissen Rückversicherung, dass es sich hierbei tatsächlich um die im Wesentlichen relevanten und nicht bloß zufällig erfassten Fälle handelt; zum anderen müssen, damit dem Anliegen der Rechtssicherheit tatsächlich Rechnung getragen werden kann, die Anwendungsszenarien so bestimmt gefasst sein, dass sie ohne substantielle Unwägbarkeiten erkannt und beachtet werden können. In letztgenannter Hinsicht erweisen sich aber die Einzelkonstellationen „begründeter Vorwurf einer Fehlbehandlung“ und „Komplikationen“ als bedenklich unbestimmt; in erstgenannter Hinsicht stellt sich die Frage, warum mit der vorgeschlagenen Begrenzung auf den „amtlichen Gewahrsam“ privatrechtliche Unterbringungssituationen auch insoweit ausgenommen werden sollen, wie nicht die Behandlung somatischer, sondern psychiatrischer Erkrankungen in Rede steht. Zudem ist hiermit noch keine Lösung erkennbar für jene Problematik, die darin liegt, dass bei Todesfällen in Heimen oder im eigenen Zuhause so gut wie immer – und gewiss nicht immer zu Recht – ein „natürlicher Tod“ bescheinigt wird; die Vornahme einer klinischen Sektion ist hier eine Rarität. Nicht zuletzt setzt die intendierte Erhöhung der Sektionsquote aber auch eine ausreichende Honorierung voraus.

### 1.6 Erhöhung der Sektionsquote durch Einschränkung des Widerspruchsrechts der Angehörigen

#### 1.6.1 Vorschlag in Kurzform

Die Sektionsquote in Krankenhäusern muss deutlich erhöht werden. Eine Streichung des in § 5 S. 1 Nr. 1 BestattG enthaltenen Widerspruchsrechts der zur Totenfürsorge berechtigten Angehörigen würde es den Krankenhäusern erleichtern, in begründeten Fällen zur Feststellung der Todesursache eine Sektion vorzunehmen. Dies gilt auch für verstorbene Kinder selbst bei erklärtem Widerspruch der Personensorgeberechtigten.

#### 1.6.2 Erläuterungen

Sektionen ermöglichen es, den vorausgegangenen tödlichen Krankheitsverlauf zu rekonstruieren und dabei auch Fehlverhalten im Rahmen der Krankenbehandlung aufzudecken. Zugleich entfalten sie, sofern sie nicht die seltene Ausnahme bleiben, einen präventiven Schutz für Patientinnen und Patienten. Deshalb erlaubt § 5 S. 1 Nr. 1 BestattG eine Sektion bei Vorliegen eines „erheblichen medizinischen Interesses an der Überprüfung oder weiteren Aufklärung der Todesursache“. Diese Erlaubnis steht allerdings unter dem Vorbehalt, dass die Bestattungspflichtigen (§ 8 Abs. 3 BestattG) nicht widersprechen. Dieses Widerspruchsrecht steht der erwünschten Erhöhung der Sektionsquote entgegen; offenbar scheitert selbst in Fällen, in denen eine innere Leichenschau aus ärztlicher Sicht geboten erscheint, eine Sektion regelmäßig am Widerspruch der Angehörigen. Dies gilt in besonderer Weise, wenn Eltern sich hinsichtlich ihres verstorbenen Kindes erklären sollen. Deshalb **plant das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung**, in einem neuen § 5a BestattG die Möglichkeit zur Vornahme einer klinischen Sektion unabhängig von einer Zustimmung der Eltern zu gestatten bei Kindern, die vor Vollendung des sechsten Lebensjahres gestorben sind, sofern die Todesursache nicht zweifelsfrei erkennbar oder nicht zweifelsfrei bekannt ist. Bei verstorbenen Volljährigen soll es ebenfalls nicht auf den Willen der Angehörigen wie der verstorbenen Person selbst ankommen, „wenn ein medizinisches Interesse an der Überprüfung oder weiteren Aufklärung der Todesursache besteht oder die Sektion aus ärztlicher Sicht als so dringend zur Qualitätssicherung der medizinischen Versorgung oder zur Beweissicherung anzusehen ist, dass das Interesse an ihrer Durchführung die fehlende Zustimmung der Betroffenen überwiegt“ (**Abschlussbericht des MS, Seite 12, - siehe Anlage 2 zur Niederschrift über die 12. Sitzung des Sonderausschusses am 14.1.2016**).

### 1.6.3 Schlussfolgerungen des Ausschusses

Der Vorschlag greift in eine grundrechtlich geschützte Position, nämlich in das „postmortale Persönlichkeitsrecht“ der/des Verstorbenen ein. Zudem wird das Totenfürsorgerecht der Angehörigen geschmälert, wenn deren Widerspruch für irrelevant erklärt wird. Dies muss sich verfassungsrechtlich rechtfertigen lassen, darf also insbesondere den Verhältnismäßigkeitsgrundsatz nicht verletzen. Dem Selbstbestimmungsrecht des Menschen wird allgemein, aber insbesondere mit Blick auf die letzte Lebensphase und den Umgang mit dem eigenen Körper hohes Gewicht eingeräumt. Hieraus resultiert u.a. das geltende Transplantationsrecht, das sogar eine ausdrückliche Zustimmung entweder des Organspenders selbst oder seiner Angehörigen verlangt (sog. „erweiterte Zustimmungslösung“, vgl. §§ 3, 4 TPG). Soweit hier in jüngerer Vergangenheit für eine reduzierte Wertigkeit des Selbstbestimmungsrechts zugunsten einer Einführung der sog. „Widerspruchslösung“ plädiert wird, finden sich schon insoweit verfassungsrechtliche Bedenken vorgebracht. Um so mehr müssen diese ins Gewicht fallen, wenn dem Körperträger selbst die Möglichkeit zu einem vorsorglichen Widerspruch genommen werden soll. Eine solche Inpflichtnahme im Sinne der schon seit längerem geforderten „Pflichtsektion“ allein oder doch jedenfalls vorwiegend zugunsten des Allgemeininteresses fügt sich schlecht in die Systematik der in jüngerer Vergangenheit etablierten Vorsorgeinstrumente (wie Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, Organspendeausweis) ein und dürfte zumindest dem bislang vorherrschenden Verständnis des – auch über den eigenen Tod hinaus wirkenden – Selbstverfügungsrechts nicht entsprechen. Die Wertigkeit des Totenfürsorgerechts ist hingegen eine treuhänderische und daher lediglich abgeleitete Rechtsposition, für die mit guten Gründen angenommen werden kann, dass sie in ihrer Wertigkeit dem höchstpersönlich verfügten Willen nicht gleichkommt.

Vor diesem Hintergrund läge eine stärker differenzierende Lösung nahe: Soweit die/der Verstorbene zu Lebzeiten einen ausdrücklichen Widerspruch erklärt hat, sollte dieser weiterhin respektiert werden; soweit sie/er jedoch keine Erklärung zur Sektion abgegeben hat, beansprucht das postmortale Persönlichkeitsrecht lediglich als „Nachwirkung“ seiner früheren Subjektstellung – geltend gemacht von seinen Totenfürsorgeberechtigten – nicht dieselbe hohe Wertigkeit. Ein „kombiniertes Selbstbestimmungs- und Abwägungsmodell“ dürfte dem berechtigten Anliegen nach Erhöhung der Sektionsraten de facto in ähnlich weitreichendem Maße Rechnung tragen, aber unter verfassungsrechtlichen Gesichtspunkten geringere Bedenken aufwerfen. Bedingung ist aber, dass der Anwendungsbereich des Abwägungsmodells in engen Grenzen gehalten wird. Dies erfordert eine nähere Kennzeichnung der zur – nicht konsentierten – Sektion berechtigenden Voraussetzungen; der lediglich allgemein auf jedes „medizinische Interesse an der weiteren Aufklärung der Todesursache“ Bezug nehmende Vorschlag ist ersichtlich zu weit und unbestimmt geraten. Vielmehr sollte der fremdnützige Zugriff auf den menschlichen Leichnam nur bei gewichtigen Gründen erlaubt werden. In Anlehnung an das Hamburgische Sektionsgesetz ließe sich folgende Formulierung vorstellen: „Die innere Leichenschau (Sektion) ist außer in den bundesgesetzlich geregelten Fällen zulässig, wenn ... aus ärztlicher Sicht das Interesse an ihrer Durchführung zwecks Überprüfung oder weiteren Aufklärung der Todesursache von solchem Gewicht ist, dass es das Interesse der Bestattungspflichtigen überwiegt, sofern die verstorbene Person der Sektion nicht widersprochen hat.“ Besonderheiten bestehen mit Blick auf die besondere Wertigkeit des elterlichen Erziehungsrechts (vgl. Art. 6 Abs. 2 GG): Die Sektion von Kindern sollte deshalb nicht gegen den erklärten Widerspruch der Eltern vorgenommen werden; vielmehr sollten Aufklärung und Beratung Vorrang haben.

## 2. Umsetzung durch den Bundesgesetzgeber

### 2.1 Zwingende Vorlage eines Führungszeugnisses bei der Beantragung eines Ersatzdokuments

#### 2.1.1 Vorschlag in Kurzform

In die einschlägigen Berufsgesetze der Gesundheitsberufe (bspw. Krankenpflegegesetz, Altenpflegegesetz, Hebammengesetz) sollte aufgenommen werden, dass (auch) bei Beantragung eines Ersatzdokuments das Vorliegen von Widerrufungsgründen zu prüfen ist, so dass stets ein Führungszeugnis vorgelegt werden muss.

#### 2.1.2 Erläuterungen

Bei dem Verlust einer Berufsurkunde ist es grundsätzlich möglich, ein Ersatzdokument ausstellen zu lassen. Dafür ist stets diejenige Behörde zuständig, welche die erste Berufsurkunde ausgestellt hat. In Niedersachsen verlangt die zuständige Behörde hierfür die Vorlage eines erweiterten Führungszeugnisses, ein ärztliches Attest sowie eine Erklärung darüber, dass die Berufserlaubnis nicht von einer anderen Behörde außerhalb Niedersachsens entzogen worden ist. Diese Vorgehensweise soll sicherstellen, dass

sich in Heilberufen tätige Personen nicht die Möglichkeit verschaffen, trotz zwischenzeitlich erfolgter Entziehung der Berufserlaubnis und entsprechender Eintragung in das Bundeszentralregister gleichwohl wieder berufsausübend tätig zu werden. Die potenziellen Beschäftigungsstellen sollen sicher sein können, dass das ihnen vorgelegte Dokument durch die Einholung eines Führungszeugnisses abgesichert worden ist. Es ist jedoch zu befürchten, dass diese Praxis nicht in allen Bundesländern üblich ist, weil sich der Ersatz der Berufsurkunde bei Verlust gesetzlich bisher nicht explizit geregelt findet. Es ist derzeit somit denkbar, dass eine an sich entzogene Berufserlaubnis dieser Verfügung oder Verurteilung zuwider in einem anderen Bundesland wieder erlangt werden kann. Deshalb soll auf Bundesebene in den Berufsgesetzen geregelt werden, dass bei der Beantragung eines Ersatzdokuments das Vorliegen von Widerrufsgründen zwingend zu prüfen ist. In diesem Fall wäre zum Nachweis der Zuverlässigkeit stets auch ein Führungszeugnis vorzulegen. Der Vorschlag ließe sich noch dahingehend ergänzen, dass der Verlust oder die Wiedererlangung eines Berufsdokuments in einem zentralen Melderegister aufgenommen wird, sodass Klarheit über die Gültigkeit des jeweiligen Dokuments herrscht.

### **2.1.3 Schlussfolgerungen des Ausschusses**

Die niedersächsische Sozial- und Gesundheitsministerin hat sich in ihrem Gespräch mit dem Bundesgesundheitsminister für diesen Vorschlag eingesetzt, die Landesregierung hat ihn sich in ihrer Unterrichtung an den Sonderausschuss vom 14.01.2016 zu eigen gemacht. Zusätzlich ist das Anliegen auch in der Gesundheitsministerkonferenz thematisiert worden. Mit der Unterstützung aus Hamburg wurde anschließend eine entsprechende Bundesratsinitiative auf den Weg gebracht. Am 25.09.2015 hat der Bundesrat die Bundesregierung aufgefordert, in die einschlägigen Berufsgesetze der Gesundheitsberufe die rechtlichen Voraussetzungen dafür zu formulieren, dass bei der Beantragung eines Ersatzdokuments von der zuständigen Stelle das Vorliegen von Widerrufsgründen, insbesondere die Frage der Zuverlässigkeit, zwingend zu prüfen ist. Die insoweit einschlägigen Berufsgesetze sind vor allem das Krankenpflegegesetz (KrPflG), das Altenpflegegesetz (AltPflG) und das Hebammengesetz (HebG), auf die sich die Bundesratsinitiative ausdrücklich bezieht (BR-Drs. 320/15). Relevant sind daneben aber auch noch das Psychotherapeutengesetz (PsychTG), Ergotherapeutengesetz (ErgThG), Logopädegesetz (LogopG), Orthoptistengesetz (OrthoptG), Masseur- und Physiotherapeutengesetz (MPHG), Diätassistentengesetz (DiätAssG), das Gesetz über technische Assistenten in der Medizin (MTA-Gesetz), über den Beruf des pharmazeutisch-technischen Assistenten (PharmTAG), das Podologen- (PodG) und das Notfallsanitätäergesetz (NotSanG). Bei allen Gesetzen handelt es sich um solche des Bundes. Diese Initiative ist in der Sache nachdrücklich zu begrüßen. Allerdings hat die Bundesregierung in ihrer Stellungnahme vom 10.03.2016 darauf hingewiesen, dass Regelungen zur Beschaffung von Ersatzdokumenten in den Bereich des Verwaltungsvollzugs und damit in die Gesetzgebungszuständigkeit der Länder fallen (BR-Drucks. 320/15 – Beschluss). In der Tat ist die vorgeschlagene Regelung nicht von der konkurrierenden Gesetzgebungskompetenz des Bundes umfasst. Denn nach Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG erstreckt sich diese nur auf die „Zulassung zu ärztlichen und anderen Heilberufen und zum Heilgewerbe“. Diese einschränkende Bezugnahme allein auf die „Zulassung“ verlangt eine wortgetreue Auslegung dahin, dass es um die Gestattung zur Berufsaufnahme gehen muss. Betroffen sind Vorschriften zur Erteilung, zur Rücknahme oder zum Verlust der Zulassung sowie Regelungen, die sich auf die Befugnis zur Ausübung des Heilberufes erstrecken. Die Ausgabe eines beruflichen Ersatzdokumentes ist aber nicht mit der Zulassung zum Heilberuf gleichzusetzen. Vielmehr bestätigt sie nur eine bereits vorhandene Zulassung. Betroffen ist demnach der Regelungsbereich des Verwaltungsvollzugs, für den die Länder die Gesetzgebungskompetenz innehaben.

## **2.2 Übertragung der Zuständigkeit für Strafverfahren an außenstehende Staatsanwaltschaft**

### **2.2.1 Vorschlag in Kurzform**

Zur Sicherung von Ermittlungsverfahren und zum Schutz der beteiligten Justizorgane sollten Verfahren mit erheblicher Bedeutung für die Rechtsgemeinschaft zwecks Vermeidung des Anscheins einer Befangenheit von einer außenstehenden, „neutralen“ Behörde (etwa der Bundesanwaltschaft) betrieben werden. Insoweit bedürfte es einer Ausweitung des Zuständigkeitsbereichs der Bundes- bzw. jeweiligen Generalstaatsanwaltschaft.

### **2.2.2 Erläuterungen**

Von Seiten der Angehörigen wurde in den Anhörungen des Ausschusses die Befürchtung geäußert, dass Verfehlungen innerhalb der Staatsanwaltschaft Oldenburg (auch) auf die örtliche Nähe zwischen der ermittelnden Behörde und dem Klinikum zurückzuführen sein könnten. Die Vermutungen gingen dahin, der Oldenburger Strafjustiz habe es an dem Willen gemangelt, gegen das Klinikum Oldenburg zu

ermitteln. Deshalb – so der Vorschlag – sollen Verfahren von bundesweitem Interesse zukünftig durch eine außenstehende Behörde wie die Bundesanwaltschaft übernommen werden.

### **2.2.3 Schlussfolgerungen des Ausschusses**

Für den Regelungsbereich der Gerichtsverfassung hat der Bundesgesetzgeber die konkurrierende Gesetzgebungskompetenz aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 1 GG. Es besteht jedoch keine Notwendigkeit, den Zuständigkeitsbereich des Generalbundesanwaltes am Bundesgerichtshof („Bundesanwaltschaft“) auszuweiten. Indem das Gesetz die Zuständigkeit für strafrechtliche Ermittlungen grundsätzlich bei jener Staatsanwaltschaft eröffnet sieht, in deren Bezirk die mögliche Straftat begangen worden ist (§§ 143 Abs. 1 S. 1 GVG i.V.m. § 7 Abs. 1 StPO), trägt es den Vorteilen einer örtlichen Nähe zum Tatort Rechnung. Die Ortskundigkeit der ermittelnden Dezenten ist regelmäßig ein wesentliches Momentum zugunsten einer zügigen Aufklärung der Tat. Der gemutmaßte Verdacht, dass die Oldenburger Staatsanwaltschaft ihre Ermittlungen im Fall Niels H. deshalb nicht hinreichend vorangetrieben hat, weil eine Nähe zum Oldenburger Klinikum oder zu dort tätigem Personal bestand, konnte die umfangreiche externe Geschäftsprüfung der Staatsanwaltschaft nicht erhärten. Es herrschten in der Staatsanwaltschaft Oldenburg vielmehr systematische Organisationsdefizite (Resteliste, Kommunikation, Berichtspflichten, Dezernatsaufteilung), ohne dass es dabei einen besonderen Zusammenhang mit bestimmten Verfahren oder Beschuldigten gegeben hat.

Schon nach der gegenwärtigen Rechtslage sind die Generalstaatsanwaltschaften bei den Oberlandesgerichten gemäß § 145 Abs. 1 GVG dazu befugt, Verfahren an sich zu ziehen (Devolution) oder auf eine andere Staatsanwaltschaft zu übertragen (Substitution). Ein Recht auf einen gesetzlichen Staatsanwalt existiert im Gegensatz zum Recht auf einen gesetzlichen Richter (Art. 101 Abs. 1 S. 2 GG) nicht. Das Recht zur Substitution steht auch der Justizministerin/dem Justizminister zu (§ 147 Nr. 1 GVG). Damit soll einer möglichen Befangenheit der Dezentin/des Dezenten oder sogar einer gesamten Staatsanwaltschaft vorgebeugt werden. Auch der Generalbundesanwaltes am Bundesgerichtshof kann bei Verfahren von besonderer Bedeutung im Rahmen seines Evokationsrechtes die Zuständigkeit übernehmen (§ 120 Abs. 2 GVG). An die Annahme einer besonderen Bedeutung des Falles sind strenge Anforderungen zu stellen. Dazu muss es sich unter besonderer Berücksichtigung des Ausmaßes der Rechtsgutsverletzung um ein staatsgefährdendes Delikt von erheblichem Gewicht handeln.

Die umfangreichen Berichtspflichten nach den §§ 146 f. GVG, der OrgStA und der Allgemeinverfügung des Justizministeriums dienen dazu, diese Ersetzungsbefugnisse auch wirksam ausüben zu können. Nach geltender Rechtslage bestehen somit ausreichende Möglichkeiten, der örtlich zuständigen Staatsanwaltschaft ein Ermittlungsverfahren zu entziehen, wenn der Verdacht besteht, dass dieses Verfahren dort nicht ordnungsgemäß betrieben wird. Es besteht daher keine Notwendigkeit, den originären Zuständigkeitsbereich der Generalstaatsanwaltschaften oder der Bundesanwaltschaft auszuweiten.

## **2.3 Rechtsbehelf zur Erzwungung der Einleitung eines Ermittlungsverfahrens**

### **2.3.1 Vorschlag in Kurzform**

Dem Opfer einer Straftat sollte ein Rechtsbehelf zur Verfügung gestellt werden, mit dem es die staatsanwaltschaftliche Entscheidung, Ermittlungen nicht aufzunehmen oder einzelne Ermittlungsmaßnahmen nicht zu ergreifen, gerichtlich überprüfen lassen kann.

### **2.3.2 Erläuterungen**

Es zählt zum Gebot rechtsstaatlichen Verfahrens, dass die Maßnahmen und Entscheidungen der Staatsanwaltschaft nicht nur nach, sondern auch schon vor Einleitung des Ermittlungsverfahrens einer gerichtlichen Überprüfung offenstehen. Insoweit kennt das geltende Recht aber bislang keinen Rechtsbehelf zugunsten des Verletzten und beschränkt das Klageerzwingungsverfahren der §§ 172 ff. StPO auf eine Beanstandung der staatsanwaltschaftlichen Einstellungsverfügung (bei zunächst eröffnetem Ermittlungsverfahren) nach § 170 Abs. 2 StPO. Dem Wortsinn der Norm zufolge ist dieser Antrag nur zulässig, um die Erhebung der Anklage zu erzwingen, nicht jedoch, um die Aufnahme von Ermittlungen herbeizuführen. Gesonderte Rechtsvorschriften zu einem „Ermittlungserzwingungsverfahren“ gibt es bislang nicht. Teilweise wird deshalb angenommen, dass ein solches auch nicht zulässig sei. Der Gesetzgeber habe bewusst auf eine gerichtliche Überprüfung der staatsanwaltschaftlichen Weigerung zur Einleitung von Ermittlungen verzichtet und die Beachtung des Legalitätsprinzips (vgl. § 152 Abs. 2 StPO) allein materiell-strafrechtlich (Rechtsbeugung und Strafvereitelung im Amt, vgl. §§ 339, 258a StGB) absichern wollen. Zahlreiche Oberlandesgerichte erkennen hingegen ein solches Verfahren und infolgedessen einen Rechtsbehelf des Verletzten analog §§ 172 ff. StPO an. Der Wortsinn der §§ 172 ff. StPO stehe dem nur scheinbar entgegen: Denn diese Vorschriften blieben unverändert, als im Jahr 1974 die gerichtliche

Voruntersuchung abgeschafft wurde. Hierdurch entstand nachträglich eine Gesetzeslücke, ohne dass die gerichtliche Kontrollfunktion insoweit entfallen sollte. Zudem sei das Ermittlungserzwingungsverfahren ein „Minus“ zum Klageerzwingungsverfahren. Dieser Rechtsauffassung haben sich inzwischen Teile des Schrifttums angeschlossen.

Die Fälle der Ermittlungserzwingung sind selten, weil die anfängliche Vornahme von Ermittlungen vor Erlass der Einstellungsverfügung nach § 170 Abs. 2 StPO den Regelfall bildet. Sie sind aber durchaus vorstellbar, wenn die Staatsanwaltschaft das einer Anzeige zugrundeliegende Verhalten nicht für strafbar hält, und kommen gelegentlich auch in der Praxis vor, wie der hiesige Ausgangsfall veranschaulicht. Zwar hat die obergerichtliche Rechtsprechung das Problem im Wege einer richterlichen Rechtsfortbildung (Analogie zu § 172 ff. StPO) einstweilen gelöst. Doch fehlt es bislang an einer Bestätigung durch den Bundesgerichtshof, abgesehen davon, dass für bedeutsame Aspekte der strafprozessrechtlichen Verfahrensstrukturen die „Wesentlichkeitstheorie“ des Bundesverfassungsgerichts das Vorhandensein einer ausdrücklichen Gesetzesvorschrift nahelegt.

### **2.3.3 Schlussfolgerungen des Ausschusses**

Schon aus Klarstellungsgründen, aber auch im Lichte der größeren Verlässlichkeit gesetzgeberischer Akte sollte der Bundesgesetzgeber einen Rechtsbehelf in die StPO einfügen, um dem Verletzten (im Sinne des § 171 S. 2 StPO) die Möglichkeit zu geben, bei klarer Missachtung des Legalitätsprinzips (wegen Vorliegens eines Anfangsverdachts) die zuständige Staatsanwaltschaft zur Einleitung eines Ermittlungsverfahrens gerichtlich zu zwingen.

## **2.4 Erlass eines Pflegeberufgesetzes**

### **2.4.1 Vorschlag in Kurzform**

Gefordert wird ein Pflegeberufgesetz, das im Einzelnen regelt, welche Personen mit welcher Qualifikation welche Pflege Tätigkeiten ausführen dürfen. Im Pflegebereich fehlt es insoweit bislang an rechtlichen Vorgaben.

### **2.4.2 Erläuterungen**

Das Krankenpflegegesetz schützt nur die Berufsbezeichnung, normiert aber keine Tätigkeitsfelder, keine vorrangigen und vorbehaltenen Tätigkeiten und keine verpflichtenden Fort- und Weiterbildungen. Eben dies ist aber aus Gründen der Qualitätssicherung der Krankenversorgung und letztlich der Patientensicherheit unabdingbar.

### **2.4.3 Schlussfolgerungen des Ausschusses**

Seit 13.01.2016 liegt ein detaillierter Gesetzentwurf der Bundesregierung vor (BR-Drucks. 20/16). Er fasst die bislang getrennten Ausbildungen in der Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege zu einem einheitlichen Berufsbild zusammen und beschreibt die Ausbildungsziele und -inhalte, die der Pflege vorbehaltenen Tätigkeitsbereiche, den rechtlichen Rahmen zum Ausbildungsverhältnis sowie Finanzierungsfragen. Es bleibt abzuwarten, ob sich die Bedenken hinsichtlich einer Nivellierung der berufsspezifisch divergenten Anforderungen entkräften lassen und hiermit die zentralen rechtlichen Lücken bereits geschlossen sind. Die vorstehenden Empfehlungen legen jedenfalls nahe, dass der Entwurf in mancherlei Hinsicht noch ergänzungsbedürftig sein könnte.



## **2.5 Konkretisierung der ärztlichen Meldebefugnis bei erkennbar dienstunfähigen Berufsangehörigen (aus dem Bereich der Intensivmedizin und Intensivpflege)**

### **2.5.1 Vorschlag in Kurzform**

Prüfungsbedürftig ist die Schaffung einer spezialgesetzlichen Mitteilungsbefugnis von Ärztinnen und Ärzten bei Kenntniserlangung von einer offensichtlichen Dienstunfähigkeit von Heilberufsangehörigen, die aufgrund ihrer beruflichen Funktion und ihres konkreten Tätigkeitsfeldes Patienten schwerwiegend gefährden können.

### **2.5.2 Erläuterungen**

Wie auch Vorfälle der jüngeren Vergangenheit in anderen sicherheitsrelevanten Bereichen verdeutlicht haben, stellt sich mitunter die Frage, ob eine ärztlicherseits erkannte Dienstunfähigkeit Beschäftigter aus bestimmten gefahrenträchtigen Berufsgruppen zur Meldung an den Arbeitgeber/Dienstherrn berechtigt oder gar verpflichtet. Die in der Praxis offenbar weithin geübte Zurückhaltung resultiert aus einer Rücksichtnahme auf die ärztliche Schweigepflicht (vgl. § 203 Abs. 1 Nr. 1 StGB), obgleich das geltende Recht auch jenseits speziell geregelter Konstellationen (z.B. im Bereich des Infektionsschutzes) auf der Grundlage des „rechtfertigenden Notstandes“ (§ 34 StGB: in Fällen einer „gegenwärtigen, nicht anders abwendbaren Gefahr“) durchaus eine Hintanstellung ausnahmsweise erlaubt. Die Anwendung dieser allgemeinen Notstandsregelung bereitet jedoch erhebliche Unsicherheiten, so dass erwägenswert erscheint, in Anlehnung an die (gleichermaßen zur Behebung der Rechtsunsicherheit geregelte) Meldebefugnis bei erkennbarer Kindeswohlgefährdung nach § 4 des Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz die Bereitstellung einer spezialgesetzlichen Meldebefugnis für Ärztinnen und Ärzte zu prüfen.

### **2.5.3 Schlussfolgerungen des Ausschusses**

Dieser Vorschlag wirft weitergehende Fragen zur Bedeutung der ärztlichen Schweigepflicht und zu den Rückwirkungen einer solchen Meldebefugnis für das notwendige Vertrauen innerhalb des Arzt-Patienten-Verhältnisses auf. Dies sollte vor einer gesetzlichen Implementierung vertieft rechtlich wie medizinisch untersucht werden.

## **3. Umsetzung auf untergesetzlicher Ebene**

### **3.1. Meldung von Strafsachen von Krankenpflegern/-schwestern**

#### **3.1.1 Vorschlag in Kurzform**

Künftig sollen die Staatsanwaltschaften Straftaten von Pflegekräften regelhaft der zuständigen Behörde und der zuständigen Berufskammer melden.

#### **3.1.2 Erläuterungen**

Nach den Berufsgesetzen der Pflegeberufe ist eine Berufserlaubnis zu widerrufen, wenn sich die Person eines Verhaltens schuldig gemacht hat, aus dem sich auf die Unzuverlässigkeit zur Ausübung des Berufs schließen lässt. Für die Beurteilung, ob eine Person unzuverlässig im Sinne der Berufsgesetze ist, sind Meldungen der Staatsanwaltschaften und der Gerichte über Straftaten von Angehörigen der Pflegeberufe außerordentlich bedeutsam. Deshalb muss sichergestellt sein, dass Erkenntnisse der Strafjustizbehörden über begangene Straftaten bzw. das Bestehen eines signifikanten Tatverdachts von Personen, die in Pflegeberufen tätig sind, rechtzeitig an die für die Erteilung der Berufserlaubnis zuständige Behörde (in Niedersachsen: das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung) und die zuständige Berufskammer (bis dato: Ärztekammer Niedersachsen) übermittelt werden. Auf diese Weise lässt sich verhindern, dass straffällige Pfleger/Innen, die nicht mehr die für den Pflegeberuf erforderliche Zuverlässigkeit aufweisen, weiter in ihrem Beruf tätig sind und dabei – ggf. nach Wechsel der Krankenhauseinrichtung wie im vorliegenden Fall – erneut Straftaten begehen.

### 3.1.3 Schlussfolgerungen des Ausschusses

Bis Ende 2015 sah die Anordnung über Mitteilungen in Strafsachen (MiStra) keine Meldepflicht in Strafsachen gegen Personen vor, die als Pfleger/Innen in Krankenhäusern tätig sind. Nr. 26 MiStra normierte eine derartige Mitteilungspflicht der Staatsanwaltschaften und Gerichte nur für die akademischen Heilberufe sowie für Hebammen und Entbindungspfleger. Nach Nr. 28 der MiStra bestand eine Meldepflicht bei Straftaten von pflegerisch tätigen Beschäftigten lediglich bei deren Berufsausübung in Heimen, nicht jedoch für Pfleger in Krankenhäusern. Für diese Ungleichbehandlung ist keinerlei Sachgrund erkennbar (gewesen). Die MiStra ist eine Verwaltungsvorschrift, die auf Grundlage des Einführungsgesetzes zum Gerichtsverfassungsgesetz (EGGVG) erlassen worden ist. Änderungen der MiStra werden im sog. MiStra-Ausschuss beschlossen, in welchem die Justizbehörden aller Länder sowie das Bundesjustizministerium vertreten sind. Dieser Ausschuss hat darin, dass Straftaten bzw. der signifikante Tatverdacht von in Krankenhäusern beschäftigten Pflegern bisher keine Meldung erforderten, eine Regelungslücke erkannt und eine Ergänzung von Nr. 26 der MiStra beschlossen, die zum 01.01.2016 in Kraft getreten ist (BAnz AT v. 13.11.2015 B1, S. 1). Nach der aktuellen Fassung sind nunmehr auch in Strafsachen gegen Gesundheits- und Krankenpfleger/Innen der zuständigen Behörde und der zuständigen Berufskammer entsprechende Mitteilungen zu machen. Voraussetzung ist, dass der Tatvorwurf auf eine Verletzung von Pflichten schließen lässt, die Zweifel an der beruflichen Eignung, Zuverlässigkeit oder Befähigung hervorruft. Damit ist die in den Anhörungen des Sonderausschusses formulierte Empfehlung inzwischen bereits vollständig umgesetzt worden.

## 3.2 Verbesserung der staatsanwaltschaftlichen Organisationsabläufe

### 3.2.1 Vorschlag in Kurzform

Die Organisationsabläufe in den niedersächsischen Staatsanwaltschaften müssen verbessert und vereinheitlicht werden. Es bedarf einer funktionierenden „Resteliste“, in der lang andauernde Verfahren einer fortlaufenden Überprüfung zugeführt werden. Die gesetzlichen Berichtspflichten an die vorgesetzte Behörde müssen von der Behördenleitung verinnerlicht und eingehalten werden. Ferner bedarf es einer besseren Kommunikation zwischen den Dezernentinnen sowie Dezernenten und der Behördenleitung. Zuletzt sollte eine Abteilung für Kapitalsachen eingerichtet werden, die – ebenso wie die Abteilung für Heilsachen – mit motivierten Spezialisten und Spezialistinnen zu besetzen ist.

### 3.2.2 Erläuterungen

Ein Opfervertreter beklagte in den Anhörungen des Sonderausschusses erhebliche Mängel in der niedersächsischen Strafsache, betreffend sowohl die persönliche Integrität einzelner Mitarbeiter als auch den strukturellen Bereich. Der Vorwurf des Fehlverhaltens richtete sich insbesondere an die Oldenburger Staatsanwaltschaft. Allgemein sind die Entscheidungswege in den Staatsanwaltschaften, die Aufsichtspflege und die Befugnisse in der Anordnung über die Organisation und den Dienstbetrieb der Staatsanwaltschaften (OrgStA) festgelegt. Es handelt sich um eine Verwaltungsvorschrift des Justizministeriums. In ihr ist detailliert der Ablauf der täglichen Geschäfte in der Staatsanwaltschaft geregelt. Im Grundsatz obliegt den Dezernentinnen und Dezernenten die Verantwortung, ein Verfahren zu betreiben. Innerhalb der hierarchisch aufgebauten Staatsanwaltschaft gibt es aber auch Unterrichts- und Kontrollpflichten im Verhältnis zur Abteilungs- und Behördenleitung.

Als Reaktion auf den Fall Niels H. und der eingeleiteten Ermittlungsverfahren gegen damals tätige Staatsanwälte hat die Generalstaatsanwaltschaft Oldenburg eine externe Geschäftsprüfung der Staatsanwaltschaft Oldenburg durchführen lassen. Diese Geschäftsprüfung konnte strukturelle Defizite im staatsanwaltschaftlichen Betrieb aufdecken. Demnach ist es im Ermittlungsverfahren gegen Niels H. zu Fehlern gekommen, die eine sachlich nicht gerechtfertigte Verzögerung verursacht haben. Diese Fehler sind auf vier wesentliche Strukturmängel zurückzuführen: Erstens hat es in der Staatsanwaltschaft Oldenburg zur damaligen Zeit kein funktionierendes System einer „Resteliste“ gegeben. Hierbei handelt es sich um eine Auflistung aller bereits länger andauernden Strafverfahren. Sie soll es ermöglichen, auf diese Verfahren aufmerksam und in der gebotenen Weise fördernd tätig zu werden. In einer funktionierenden Behörde müssen die Dezernentinnen und Dezernenten hinreichend begründen, warum Ermittlungen länger als üblich fortdauern und Verfahren noch nicht zum Abschluss gebracht werden konnten. Dies muss dann durch die Abteilungsleiter/Innen und schließlich durch die Behördenleitung geprüft werden. In der Staatsanwaltschaft Oldenburg hat insoweit jedoch keine konsequente Führung der Restelisten und damit auch keine Kontrolle der Verfahrensreste stattgefunden. Vielmehr gab man sich mit formelhaften Begründungen für das Fortdauern von Ermittlungsverfahren zufrieden. Diese Handhabung der Resteliste war mitursächlich für die Versäumnisse im Ermittlungsverfahren gegen Niels H.

Zweitens hat die Staatsanwaltschaft Oldenburg die Vorgaben zur Berichterstattung an die vorgesetzte Behörde nicht eingehalten. Die Berichtspflichten sind in einer Allgemeinverfügung des Justizministeriums vom 08.10.2007 niedergelegt. Danach hat in Verfahren von besonderer Bedeutung eine Berichterstattung an die Generalstaatsanwaltschaft zu erfolgen. Das Ermittlungsverfahren gegen Niels H. wegen Mordes war schon aufgrund seines kapitaldeliktischen Gegenstandes ein solches Verfahren von besonderer Bedeutung. Dennoch wurde zu den Ermittlungen gegen Niels H. zu spät und nicht immer vollständig berichtet. Deshalb konnten weder die Generalstaatsanwaltschaft noch das Justizministerium die Dimension des Falles rechtzeitig erkennen. In der Staatsanwaltschaft Oldenburg fehlte es an institutionalisierten Abläufen, die eine zügige und fristgerechte Behandlung von Berichtssachen hätte sicherstellen können. Auch die Behördenleitung ließ dem Berichtswesen nicht die erforderliche Aufmerksamkeit zukommen. Insgesamt herrschte kein Berichtsklima, das den Pflichten aus den §§ 146 f. GVG, der OrgStA und der Allgemeinverfügung des Justizministeriums hinreichend Rechnung trug. Die Staatsanwaltschaft Oldenburg pflegte stattdessen ein konsensuales Klima, in dem eine interne Dienstaufsicht kaum existierte und die externe Dienstaufsicht nicht ausreichend akzeptiert wurde. Das Bestehen von hierarchischen Strukturen und von Dienstaufsicht, die Eigenverantwortung gerade anerkennt, war nicht Teil der gelebten Abläufe.

Zu Verzögerungen im Ermittlungsverfahren gegen Niels H. hatte drittens auch eine unzureichende Kommunikation zwischen den Dezernenten und der Behördenleitung beigetragen. Zwar funktionierten die initiierten behördeninternen Kommunikationssysteme im Wesentlichen. Jedoch war etwa die Vertretung von abwesenden Dezernenten nicht gesichert, sodass die direkte Erreichbarkeit eines Ansprechpartners auf Dezernatsebene nicht immer gegeben war. Ein Drittel der Abteilungsleiter informierte den Behördenleiter „nur „manchmal“ über bedeutsame Angelegenheiten. Diese Verfahrensweise ist mit den Vorgaben der OrgStA nicht vereinbar. Seinerzeit fehlte es bei der Staatsanwaltschaft Oldenburg an einer Spezialabteilung für Kapitalsachen. Dies mag ursächlich für die ungewöhnlich lange Dauer des Verfahrens gegen Niels H. gewesen sein. Motivierte und erfahrene Spezialistinnen oder Spezialisten für Kapitalsachen hätten das Verfahren möglicherweise weit zügiger vorangetrieben und die Dimension des Verfahrensgegenstandes zutreffend erfasst. Hinweise auf eine übermäßige Belastung in dem betroffenen Dezernat gibt es nicht: Der statistische Belastungswert des Dezernats (PEBB§Y-Wert) lag seinerzeit bei 0,904 und damit noch unter dem Sollwert von 1,0.

Die Defizite im Verfahren gegen Niels H. resultierten aber nicht nur aus strukturellen Mängeln, sondern auch aus persönlichen Versäumnissen der Dezernenten. Diese haben in einem Fall gegen einen der damals ermittelnden Staatsanwälte sogar zur Anklageerhebung wegen Rechtsbeugung geführt. Die Anklage wurde allerdings nicht zugelassen, die Nichtzulassungsbeschwerde der Staatsanwaltschaft durch das OLG Oldenburg abgewiesen. Demzufolge erfüllen die Verfehlungen des Dezernenten, die zu einer Verzögerung des Ermittlungsverfahrens gegen Niels H. geführt haben, nicht den Tatbestand der Rechtsbeugung nach § 339 StGB. Nicht jede unrichtige Rechtsanwendung ist schon gleichbedeutend mit einer Beugung des Rechts. § 339 StGB sanktioniert vielmehr allein elementare Verstöße gegen das Recht. Indem Ermittlungen zeitweise nicht hinreichend vorantrieben wurden, mag der hierfür Verantwortliche gegen §§ 151, 160, 170 Abs. 2 StPO verstoßen haben. Im Fall des Niels H. drohten jedoch weder die Verjährung der Taten noch eine Haftentlassung des Beschuldigten. Bei wertender Betrachtung stellen diese Verfehlungen daher bei der nach ständiger höchstrichterlicher Rechtsprechung zugrunde zu legenden restriktiven Auslegung keine Rechtsbeugung im Sinne des § 339 StGB dar. Die Schwelle zur Strafbarkeit wurde auch nicht mit der von den Angehörigen beklagten unsensiblen bzw. versäumten Kommunikation überschritten. Es gibt auch keine Hinweise für landesweite Probleme bei Strafverfahren in Heilberufssachen.

### **3.2.3 Schlussfolgerungen des Ausschusses**

Das Gerichtsverfassungsgesetz (GVG) und die OrgStA enthalten die erforderlichen Regelungen zu den Abläufen innerhalb des staatsanwaltschaftlichen Arbeitsalltags. Es besteht keine Notwendigkeit, an dieser Stelle Rechtsnormen zu ändern oder zu ergänzen. Die Verfehlungen bei der Staatsanwaltschaft Oldenburg sind vielmehr auf eine unzureichende Verinnerlichung dieser rechtlichen Vorgaben zurückzuführen. Gegenwärtig werden die Organisationsdefizite bei der Staatsanwaltschaft Oldenburg behoben. Dort werden nun 6-Monats-Listen (bzw. 9-Monats-Listen für Wirtschaftsstrafsachen) geführt. Die Dezernentinnen und Dezernenten müssen mit aussagekräftigen Stellungnahmen begründen, weshalb Ermittlungsverfahren noch nicht abgeschlossen sind. Die Prüfung der Resteliste obliegt der Abteilungs- bzw. der Behördenleitung. Ferner wurde bei der Staatsanwaltschaft Oldenburg zum 01.02.2015 ein Dezernat für Kapitaldelikte eingerichtet. Für dieses Dezernat sowie das Dezernat für Heilberufsverfahren sollen nur noch besonders qualifizierte und engagierte Mitarbeiter/Innen mit der Fähigkeit und dem Willen zu zügigen Verfahrensabschlüssen eingestellt werden. Eine Sensibilisierung des Behördenleiters für

das System der §§ 145 ff. GVG, die OrgStA und die bestehenden Berichtspflichten ist dem Geschäftsprüfungsbericht zufolge schon durch die Geschäftsprüfung eingetreten. Die strukturellen Änderungen sowie der Bewusstseinswechsel bei der Staatsanwaltschaft Oldenburg werden durch die Generalstaatsanwaltschaft begleitet und überwacht. Der Leitende Oberstaatsanwalt wird bis auf Weiteres zum Ende eines jeden Quartals über das jeweils Veranlasste und eventuelle neue Erfahrungen berichten. Bei Bedarf werden Dienstbesprechungen durchgeführt. Die künftige Einhaltung dieser Vorgaben sollte durch die Supervision der Generalstaatsanwaltschaft und des Justizministeriums sichergestellt sein.

### **3.3 Ermöglichung „ehrlicher“ Arbeitszeugnisse**

#### **3.3.1 Vorschlag in Kurzform**

Es bedarf dringlich geeigneter Maßnahmen, damit die zuständigen Personalverantwortlichen wahrheitsgemäße Arbeitszeugnisse ausstellen. Nur so erfüllen sie ihren Zweck, dass sich künftige Arbeitgeber auf diese Weise ein erstes zutreffendes Bild machen können.

#### **3.3.2 Erläuterungen**

Arbeitszeugnisse dienen heute – aufgrund ihrer standardmäßig ausschließlich positiven Formulierungen und Inhalte – oft nur noch als Tätigkeitsnachweis. Empirische Zeugnisstudien lassen annehmen, dass bei 86,6 % (sehr) guten Leistungsbeurteilungen dem Arbeitszeugnis nichts mehr über die tatsächliche Leistungsfähigkeit des Arbeitnehmers entnommen werden kann. Auch dem Täter im Ausgangsverfahren wurde ein gutes Arbeitszeugnis seines ersten Arbeitgebers (Klinikum Oldenburg) ausgefertigt, obgleich man ihm dort aufgrund von Beanstandungen einen Wechsel seines Arbeitsplatzes nahegelegt hatte. Bei einer solchen praktischen Handhabung nach Art des „Sankt-Florians-Prinzips“ geht jedoch der eigentliche Sinn einer Zeugniserteilung verloren, weil es seine Funktion als Hilfs- und Kommunikationsmittel zur besseren Einschätzung von Eignung, Befähigung und Leistungsfähigkeit eines Bewerbers nicht mehr erfüllen kann. Die Praxis gibt vor, an der Erstattung „ehrlicher“ Zeugnisse durch die Rechtsprechung des Bundesarbeitsgerichts gehindert zu sein, weil dort der „Wohllollensgrundsatz“ betont wird. Dieser steht hiernach jedoch in einem Spannungsfeld zum „Wahrheitsgrundsatz“, dem im Zweifel der Vorrang zukommt. Das Bundesarbeitsgericht spricht von einem „bestimmenden Grundsatz des Zeugnisrechts“, weil ein schutzwürdiges Interesse der einstellenden Arbeitgeber/Innen an einer möglichst wahrheitsgemäßen Unterrichtung über die fachlichen und persönlichen Qualifikationen der Bewerber/Innen bestehe: Wenn gleich der Arbeitnehmerin bzw. dem Arbeitnehmer somit das berufliche Fortkommen nicht ungerechtfertigt erschwert werden darf, kann und muss das Zeugnis die bewertenden Aspekte der erbrachten Arbeitsleistung wahr und vollständig anführen. Die Pflicht zur „wohlwollenden Formulierung“ hindert die Arbeitgeberseite nicht, eine wahrheitsgemäße Beurteilung vorzunehmen; sie tragen hierfür im Gegenteil eine hohe Verantwortung. Dementsprechend haben Arbeitnehmer/Innen auch keinen Anspruch auf ein gutes, sondern auf ein leistungsgerechtes Arbeitszeugnis. Die Erteilung von „Gefälligkeitszeugnissen“, etwa um sich Kosten und Mühen eines Zeugnisrechtsstreits zu ersparen, ist nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung eindeutig rechtswidrig.

#### **3.3.3 Schlussfolgerungen des Ausschusses**

Es handelt sich somit nicht um ein Rechts-, sondern um ein Vollzugsproblem. Notwendig sind daher an den Klinikeinrichtungen verpflichtende, praxisgerechte Schulungen für sämtliche Personalverantwortlichen über die arbeitsrechtlichen Implikationen der Zeugniserteilung, um vorhandene Fehlverständnisse zu beseitigen. Fraglich ist, wie einer evtl. mangelnden Bereitschaft abgeholfen werden könnte, sei es auf der Ebene der Klinikleitungen oder der unmittelbar zeugniserteilenden Personen: Bedenkenswert wäre, die Qualitätsmanagement-Richtlinie Krankenhäuser des Gemeinsamen Bundesausschusses um diesen – auf die Personalführung bezogenen – Aspekt zu erweitern, nachdem dieser Richtlinie das Prinzip des umfassenden Qualitätsmanagements unter Einbeziehung des Aspekts der „Mitarbeiterorientierung“ zugrunde liegt (Präambel) und ihr § 2 Abs. 9 ausdrücklich die zielgerichtete Information und regelmäßige Schulung der Krankenhausmitarbeiter/Innen „über Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement“ vorsieht. Die Nichterfüllung einer dahingehenden Vorgabe zöge dieselben Konsequenzen wie bei Verletzung der bereits bestehenden Regeln der Richtlinie nach sich (vgl. § 137 SGB V). Zudem ließe sich erwägen, bei dauerhafter Verweigerung eben diese Haltung als Information analog dem Prozedere des „strukturierten Dialoges“ gem. §§ 12 ff. der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL) i.d.F. vom 16.04.2015 (BAnz AT vom 06.08.2015 B2) zu veröffentlichen (vgl. § 13 Abs. 3). Klinikintern fiele es in den Aufgabenkatalog des

nach § 3 Abs. 1 der Qualitätsmanagement-Richtlinie Krankenhäuser ohnehin vorgesehen „QM-Beauftragten“ (oder Leiters einer „Stabsstelle QM“), entsprechendes Fehlverhalten einzelner personalverantwortlicher Klinikmitarbeiter/Innen zu beanstanden und geeignete Maßnahmen zur Abhilfe zu ergreifen.

### **3.4 „Risikomanagement“: Erweiterung von § 5 der Qualitätsmanagement-Richtlinie Krankenhäuser des Gemeinsamen Bundesausschusses**

#### **3.4.1 Vorschlag in Kurzform**

Das Risikomanagement darf sich nicht – wie bisher – bloß auf die „klinischen“ Aspekte beziehen, sondern muss ganzheitlich verstanden und praktiziert werden. Es sollte daher in § 5 der Qualitätsmanagement-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses künftig von einem auch die allgemeine Unternehmens- und Patientensicherheit einbeziehenden „Risiko- bzw. Sicherheitsmanagement“ die Rede sein.

#### **3.4.2 Erläuterungen**

Herkömmlicherweise wird der Begriff des „klinischen Risikomanagements“, wie er in § 5 der bisherigen Qualitätsmanagement-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses angesprochen ist, in einem eher restriktiven, allein auf die Krankenversorgung als Kernkompetenz eines Krankenhauses reduzierten Sinne verstanden. Dementsprechend ist das Risikomanagement bislang ausschließlich auf die therapeutischen Abläufe (i.w.S.) fokussiert; es geht allein um die Vermeidung von Behandlungsfehlern, nicht um den Schutz des Patienten vor vorsätzlichem kriminellen Handeln. Diese Sichtweise greift jedoch zu kurz: Es bedarf eines ganzheitlichen Verständnisses des Risiko- oder (besser) „Sicherheitsmanagements“, das aufgrund seiner eigenständigen Zielsetzungen und seiner eigenen organisatorischen Anbindungsnotwendigkeiten (wie z.B. an die IT) in selbstständigen Strukturen neben dem bereits etablierten Qualitätsmanagement implementiert werden sollte.

#### **3.4.3 Schlussfolgerungen des Ausschusses**

Auf Initiative des Landes Niedersachsen (Entschließungsantrag vom 06.07.2015) hat der Bundesrat in seiner Entschließung vom 25.09.2015 die Bundesregierung aufgefordert, sich gegenüber dem Gemeinsamen Bundesausschuss dafür einzusetzen, dass „bei der Überarbeitung der Richtlinie zum Risikomanagement in den Krankenhäusern Handlungsstrategien zur Vermeidung vorsätzlichen kriminellen Handelns aufgenommen werden“ (BR-Drucks. 320/15 – Beschluss). Dies soll die Krankenhäuser und ihre Leitungsebenen „dafür sensibilisieren, derartige Gefahren frühzeitig zu erkennen und Maßnahmen zur Vermeidung unverzüglich einzuleiten“. Die inzwischen verabschiedete neue sektorenübergreifende Qualitätsmanagement-Richtlinie (QM-RL) vom 17.12.2015 beschreibt ein umfassenderes Verständnis von Risikomanagement, das „alle Risiken in der Versorgung“ zu identifizieren und zu analysieren habe. In ihrer Stellungnahme vom 14.03.2016 sieht die Bundesregierung hierin „mittelbar einen Beitrag zur Verhinderung vorsätzlicher Patientenschädigung“ (BR-Drucks. 320/15 – Beschluss); es ist jedoch zu beanstanden, dass diese Dimension möglicher Schadensereignisse in Krankenhäusern in dieser neuen Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nicht explizit in den Blick genommen ist. Ohnehin bedarf es noch der weiteren Klärung, auf welche Bereiche und Problemlagen sich das so erweiterte Risikomanagement dann in concreto mit Hilfe welcher Analysemethoden erweitern soll.

## **C. Allgemeinpolitische Empfehlungen**

Die Anhörungen des Sonderausschusses haben jenseits der vorstehend benannten Einzelaspekte auch Problembereiche in den Blick genommen, die allgemein auf gefahrenträchtige Entwicklungen und bedeutsame Risikofaktoren in der stationären Krankenversorgung hindeuten. Insoweit lassen sich zwar keine konkreten Schlussfolgerungen ad hoc ableiten, sie geben jedoch Anlass zur vertieften Prüfung über den sich hieraus für die Zukunft ergebenden Handlungsbedarf. Der Landtag ist aufgerufen, diese übergreifenden Erkenntnisse dem Ausschuss für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Migration zur weiteren Prüfung zuzuleiten.

### **1. Mehr Ressourcen für die Pflege**

#### **1.1 Empfehlung in Kurzform**

Für die Pflege in Deutschland müssen mehr finanzielle Ressourcen zur Verfügung gestellt werden. Es bedarf einer besseren Personalausstattung, um die Patientensicherheit zu gewährleisten. Ferner muss

der Pflegeberuf attraktiver ausgestaltet werden, um auch künftig noch genügend geeignete Bewerber/Innen für dieses Tätigkeitsfeld zu finden.

### **1.2 Erläuterungen**

Die schleichende Ausdünnung der Personalausstattung von Krankenhäusern wirkt sich nachteilig auf die Patientensicherheit aus. Bei unzureichenden personellen Ressourcen geht sukzessive die Qualität der Pflegeleistung ebenso wie das notwendige Maß an sozialer Kontrolle verloren. Zudem steigt bei zunehmender Arbeitsverdichtung das Stressniveau jedes Beschäftigten, was zwangsläufig Fehler provoziert. Im europäischen Vergleich sind die Belastungszahlen deutscher Pflegerinnen und Pfleger sehr hoch. Nur in Spanien kommen auf eine Pflegekraft ebenso viele Patienten wie in Deutschland (nach der RN4CAST-Studie aus dem Jahr 2011). Die Personaleinsatzdauer und die Besatzzahlen auf den Stationen müssen kritisch überdacht werden. Auch niedersächsische Krankenhäuser haben mit einer Unterfinanzierung zu kämpfen.

Bei wachsendem Auseinanderklaffen von Qualitäts- und Sicherheitsanforderungen auf der einen sowie defizitärer Arbeitsbedingungen auf der anderen Seite rückt zunehmend auch die Möglichkeit einer haftungs- wie strafrechtlichen Inverantwortungnahme des organisationsverantwortlichen Trägers bzw. der Klinikleitung in Betracht. Zwar kommt es bislang forensisch noch selten zu strafrechtlichen Verurteilungen von Mitarbeiterinnen oder Mitarbeitern des Krankenhausmanagements, sehr wohl aber von Ärztinnen und Ärzten, die in der ressourcenknappen Situation erhöhte Risiken für Patienten eingegangen sind. Je deutlicher sich jedoch die Mangelhaftigkeit der Organisationsstrukturen und Personalausstattung offenbart, um so näher rückt die Option, evtl. Schadensfolge auch den strukturverantwortlichen Personen auf der jeweiligen Leitungsebene zuzurechnen.

In Zukunft wird sich die Problematik des Pflegemangels absehbar noch verschärfen: Die Bewerberzahlen für die Krankenpflege befinden sich auf einem niedrigen Niveau. Die Pflegeberufe müssen deshalb attraktiver ausgestaltet werden. Das kann nicht allein über die Bezahlung erfolgen. Pflegerinnen und Pfleger wünschen sich vor allem einen besseren Personalschlüssel, der in einem von permanenter Überlastung geprägten Arbeitsalltag zur ersehnten Entlastung führt. Des Weiteren wünschen sie sich eine bessere Heranführung an die Komplexität der Anforderungen durch entsprechende Schulungen, Austausch in Form von Fortbildungsveranstaltungen etc., für die heute oftmals keine Zeit mehr zur Verfügung steht. Die vorgefundenen Arbeitsbedingungen erweisen sich vor diesem Hintergrund aus der Mitarbeiterperspektive als Zeichen mangelnder Wertschätzung, was zwangsläufig negativ auf die Zahl und Eignung der nachkommenden Bewerber/Innen zurückschlägt.

## **2. Arbeitsklima im Gesundheitswesen verbessern**

### **2.1 Empfehlung in Kurzform**

In weiten Teilen des Gesundheitswesens herrscht ein resignatives Arbeitsklima, das die Patientensicherheit gefährdet. Lösungsansätze zur Verbesserung der atmosphärischen Rahmenbedingungen lassen sich nur in begrenztem Maße klinikintern in motivationssteigernden Anreizen finden. Weiterreichender muss vielmehr der Grenznutzen ökonomischer Steuerungsmechanismen stärker als bisher bedacht werden, damit sich nicht betriebswirtschaftliche Steuerungsmechanismen „gegenstandsblind“ zum beherrschenden Moment der sozialen Einrichtung „Krankenhaus“ entwickeln. Angemessen erscheint nur ein Verständnis der Ökonomie als rahmenartige „Ermöglichungsbedingung“ gleichermaßen effizienter wie sach- und verteilungsgerechter Bereitstellung der Gesundheitsressourcen.

### **2.2 Erläuterungen**

In den letzten Jahren ist der Stellenanteil für die Krankenschwestern und Pfleger erheblich reduziert worden. Die Personaldichte ist geringer als noch vor 10 oder 15 Jahren. Die Folge ist eine Entindividualisierung der Krankenhausalltags, die nur noch wenig Raum für ein vertrauensvolles Arzt-Patienten-Verhältnis belässt. Obgleich ein effizienter Einsatz der begrenzten Ressourcen schon aus Gründen der Verteilungsgerechtigkeit von hohem Wert ist, sollten Krankenhäuser den ihnen überantworteten „sozialen Auftrag“ (vgl. §§ 27 Abs. 1 Nr. 5, 107 Abs. 1 SGB V) dabei nicht übersehen und dürfen deshalb nicht wie rein kommerzielle Unternehmen geführt werden. Denn betriebswirtschaftliche Steuerungsmechanismen lassen sich nicht friktionslos auf das Gesundheitswesen übertragen. Ärztinnen und Ärzte, Pflegerinnen und Pfleger treten mit der Idee in ihren Beruf ein, menschenfreundlich und human Leid zu lindern. In der Realität sehen sie sich aber immer mehr dazu gezwungen, diese Sorge zu vernachlässigen, weil sie sonst unter den bestehenden personellen und strukturellen Bedingungen den Anforderungen im Ganzen nicht mehr gerecht werden können. Zwar gab es auch vor Einführung der ökonomischen Steuerungsmechanismen bereits Tötungshandlungen in deutschen Krankenhäusern. Das Arbeitsklima bildet

hierfür aber einen relevanten Risikofaktor (von vielen). Denn das Ausmaß an Wertschätzung, das den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in den Krankenhäusern entgegengebracht wird, entscheidet auch darüber, mit welchem Ausmaß an Wertschätzung diese den Patientinnen und Patienten begegnen. Eine Atmosphäre der Achtsamkeit setzt deshalb ein gutes Arbeitsklima voraus. Klinik- und stationsinterne Anreize sind hierfür keineswegs unwichtig, können allerdings bei schlechten externen Rahmenbedingungen nur in sehr begrenztem Maße eine Besserung bewirken. Die Verknüpfung der Arbeitsplatzsicherheit mit Fallzahlen, Liegezeiten und Materialverbräuchen ist anfällig für Fehlanreize, weil dabei die eigentliche Aufgabe von Pflege und Medizin, nämlich die Heilung und Linderung von Leid, an Bedeutung verlieren. Das Arbeitsklima im Gesundheitswesen lässt sich aber nicht allein mit der Bereitstellung zusätzlicher personeller und finanzieller Mittel lösen. Es bedarf auch und vor allem der übergreifenden Entwicklung und Etablierung intelligenter Steuerungsmechanismen, die ökonomisches Effizienzkalkül und soziale Aufgabenverantwortung sachgerecht miteinander verbinden.

### **3. Grundlegende Verbesserung der Organisations- und Kommunikationsstrukturen**

#### **3.1 Empfehlung in Kurzform**

Die gesundheitspolitisch auf den Weg gebrachte „Qualitätsinitiative“ (vgl. §§ 137 ff. SGB V, Qualitätsmanagement-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses u.a.m.) muss Verbesserungen nicht nur auf dem Papier, sondern in der klinikinternen Versorgungsrealität bewirken. Grundlegende Strukturprobleme und Schwachstellen finden sich in den Kommunikationsprozessen (vor allem fehlende Kommunikationskanäle bottom-up), in der wechselseitigen Abstimmung der Arbeitszeiten verschiedener Berufsgruppen, der sinnentsprechenden Operationalisierung rechtlicher Vorgaben allgemein und insbesondere der Dokumentationspflicht. Prozessabläufe müssen ganzheitlich, d.h. stets zu Ende gedacht, dokumentierte und/oder gemeldete Informationen verlässlich genutzt und verarbeitet werden. Regelmäßige Schwachstellenanalyse durch professionelle Externe darf sich nicht auf formale Gegebenheiten beschränken, sondern muss – stichprobenhaft – die tatsächlichen Arbeitsabläufe vor Ort analysieren.

#### **3.2 Erläuterungen**

Eine beachtliche Zahl von Behandlungsfehlern (i.w.S.) im Krankenhaus resultiert nicht etwa aus einem individuellen Versagen, sondern aus Defiziten der Organisationsstrukturen, insbesondere dem Fehlen aufeinander abgestimmter, intelligenter Prozessabläufe. So sind die Arbeitszeiten der verschiedenen Berufsgruppen mitunter nicht aufeinander abgestimmt, was die Übergabemodalitäten bei „Schichtwechsel“ unnötig erschwert. Gute Strukturen lassen aber frühzeitig individuelle, ggf. strafrechtlich relevante Abweichungen erkennen, eine fehlersensible „Kultur“ des Zusammenwirkens motiviert, dies auf geeignete Weise zur Sprache zu bringen, statt die Augen zu verschließen („Dienst nach Vorschrift“). Dazu muss jedoch eine kommunikationsoffene Grundhaltung von der Leitung vorgelebt und in Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter fortlaufend bekräftigt sowie mit konkreten Handlungsorientierungen befördert werden. In diesem Licht bildet das strafbare Verhalten im Ausgangsfall zugleich ein gravierendes „Führungsversagen“: Zu häufig wird innerhalb des hierarchischen Systems allein top-down (durch Weisungen), zu selten aber in der Gegenrichtung bottom-up (Informationen zu potentiellen Schwachstellen und Fehlern in den Abläufen von Mitarbeitern) vorausgedacht. Viel zu häufig herrscht eine „massive Abwehrhaltung“ gegenüber kritischen Hinweisen und Rückmeldungen vor; oft fehlt es an der nötigen Bereitschaft, mögliche Missstände „open minded“ entgegenzunehmen und vorurteilsfrei, ergebnisindifferent aufzuklären, um daraus zu lernen. Beim „Beschwerdemanagement“ scheint mitunter die Reihenfolge zwischen eigentlichem Zweck und Nutzung als Marketinginstrument vertauscht zu werden. Der vorgegebene Rechtsrahmen erweist sich nicht immer als zutreffend verstanden und wird nicht immer zweckentsprechend umgesetzt; mitunter begegnet sogar ein dezidiert instrumentelles Verhältnis („Defensivmedizin“). Zur Organisationsverantwortung zählt auch die Implementierung einer professionellen Schulung der Mitarbeiter/Innen über praktisch bedeutsame medizinrechtliche Fragen. Die rechtlich geschuldete Dokumentation (vgl. § 630f BGB) benötigt ein Mehr an Standardisierung und Unterstützung der Mitarbeiter, um den z.T. bestehenden „administrativen Überaufwand“ zu beseitigen und dadurch dringend benötigte Personalressourcen wiederzugewinnen.

#### **Anhang 1:**

##### **Themenblock 1: Allgemein**

- a) *Gab es Fehler in den betroffenen Kliniken, die die Mordserie begünstigt haben oder ihre frühzeitige Entdeckung erschwert oder verhindert haben?*

- Wann wurden erstmals Auffälligkeiten von Niels H. festgestellt? Wie viele Hinweise gab es von Kollegen insgesamt?
- Warum wurde Niels H. von der Intensivstation in OL in die Anästhesie versetzt?
- Wieso wurde Niels H. ein außergewöhnlich gutes Arbeitszeugnis vom Klinikum OL ausgestellt?
- Aus welchen Gründen wurde Niels H. in OL entlassen?
- Unter Kollegen hatte Niels H. den Spitznamen „Todes-H.“ oder „Rettungsrambo“. War dies jemals Anlass zur Überprüfung seiner Person?
- Warum wurde den Verdächtigungen von Kollegen nicht nachgegangen? Hatten die Kliniken Angst um ihren Ruf? Sieht die Klinikleitung eine Mitverantwortung für die Morde?
- Was waren die Motive von Niels H.?
- Wie lässt sich die psychische Störung von Niels H. erklären?
- Wie wurde Frank Lauxtermann auf Niels H. aufmerksam? Wem hat er von seinen Bedenken erzählt und was ist danach passiert?
- Wie wurde Dr. Kurt Schwender auf Niels H. aufmerksam? Wem hat Dr. Kurt Schwender von seinen Beobachtungen erzählt und was ist danach passiert? Welche eigenen Untersuchungen hat Dr. Kurt Schwender angestellt?
- Wie wurde Kathrin Lohmann auf Niels H. aufmerksam? Wem hat Kathrin Lohmann von ihren Vermutungen erzählt und was ist danach passiert?
- Wie werden Mitarbeiter in Intensivstationen auf die besonders herausfordernde Arbeit vorbereitet? Gibt es spezielle Fortbildungen? Gibt es ein Konzept zum Umgang mit traumatisierten Mitarbeitern?
- Wie viele andere Patientenmörder sind bekannt? Was waren ihre Motive? Wie sind diese enttarnt worden? Welche Konsequenzen wurden daraus gezogen?
- Welche Faktoren begünstigen das Morden in Kliniken?
- Welche Anzeichen sind frühzeitig feststellbar?

**Themenblöcke 2 und 3 : Patientensicherheit/ Qualitätsmanagement/ CIRS-System (anonymes Meldesystem) Arzneimittelversorgung/ Medikamentenabgabe**

- c) *Welchen Bedarf gibt es, die Kommunikation und den Austausch zwischen den verschiedenen Institutionen (Kliniken, Seniorenpflegeheime, Rettungsdienste, Justiz) unter Wahrung des Datenschutzes zu verbessern und zu systematisieren?*
- d) *Welchen gesetzgeberischen Änderungsbedarf gibt es auf Landes- und Bundesebene, z. B. im Bereich des Krankenhausgesetzes, der Krankenhausaufsicht, des Heilkammergesetzes, der Arzneimittelkontrolle und Arzneimittelaufsicht, des Bestattungsgesetzes, der Strafprozessordnung und anderer Gesetze?*
- Wie ist die Arzneimittelaufsicht in Niedersachsen geregelt? In welchen Gesetzen/Verordnungen/Richtlinien?
  - Über welche Kompetenzen und Kontrollmöglichkeiten im Bereich Medikamentenverbrauch verfügt das Land? Gibt es hier Änderungsbedarf?
  - Über welche Kompetenzen und Kontrollmöglichkeiten im Bereich Medikamentenverbrauch verfügt die Niedersächsische Apothekerkammer?
  - Wer kontrolliert die Arzneimittelabgabe in Kliniken?
  - Wer hat in der Regel Zugang zu Arzneien wie Gilurytmal?



- Wie werden Besonderheiten/Auffälligkeiten beim Arzneimittelverbrauch in Kliniken aufgedeckt? Wer stellt sie fest?
- Welche Aufgaben hat eine Arzneimittelkommission?
- Wer ist in der Regel Mitglied in einer Arzneimittelkommission?
- Wer entscheidet, welche Themen in Arzneimittelkommissionen beraten werden?
- Welche Erkenntnisse hat die Apothekerkammer zur Tatzeit über den Medikamentenverbrauch in den betroffenen Kliniken gehabt?
- Welche Konsequenzen hat die Arzneimittelkommission aus dem hohen Anstieg des Verbrauchs von Gilurytmal von 50 - 60 Ampullen pro Jahr auf 380 im Jahr 2004 auf der Intensivstation in DEL gezogen? Ist der ungewöhnlich hohe Anstieg überhaupt aufgefallen?
- Wieso wurde Gilurytmal von der Liste der sogenannten Sonderanforderungen gestrichen und in das Standardrepertoire aufgenommen?
- Wie kann die Medikamentenabgabe stärker kontrolliert werden, sodass Unregelmäßigkeiten (früher) auffallen?

### **Themenblock 3: Justiz- und Ermittlungsbehörden**

- b) *Gab es Fehler in der Staatsanwaltschaft Oldenburg, die zu der langen Dauer des Ermittlungsverfahrens führten?*
- d) *Welchen gesetzgeberischen Änderungsbedarf gibt es auf Landes- und Bundesebene, z. B. im Bereich des Krankenhausgesetzes, der Krankenhausaufsicht, des Heilkammergesetzes, der Arzneimittelkontrolle und Arzneimittelaufsicht, des Bestattungsgesetzes, der Strafprozessordnung und anderer Gesetze?*
- Wie erklärt sich der Zeitraum bis zur Einleitung von Ermittlungen durch die Staatsanwaltschaft OL? Seit wann waren Hinweise von Angehörigen und/oder Klinikmitarbeitern bekannt und was wurde darauf veranlasst?
  - Warum wurden keine weiteren Ermittlungen eingeleitet, nachdem sich aus dem (ersten) Strafverfahren vor dem Landgerichts OL Hinweise auf weitere Vergehen von Niels H. ergaben?
  - Welche Anweisungen gab es innerhalb der Staatsanwaltschaft zum Vorgehen?
  - Wie sind die Entscheidungswege in den Staatsanwaltschaften; was darf ein einzelner Staatsanwalt entscheiden; wann ist die Beteiligung von Vorgesetzter vorgeschrieben?
  - Gab es Weisungen aus dem MJ?
  - Was wurde mit welchem Ergebnis seitens der Ermittlungsbehörden nach den Hinweisen Dr. Kurt Schwenders auf das Verhalten Niels H. veranlasst?
  - Wie gestaltete sich die Zusammenarbeit der Strafverfolgungsbehörden mit den Verantwortlichen in den Kliniken OL und DEL?
  - Welche Ermittlungsfehler und Versäumnisse haben sich gezeigt?
  - Wie können Ermittlungsfehler in Zukunft vermieden werden? Welchen (gesetzlichen) Änderungsbedarf gibt es?
  - Wie haben die JVA und die Polizei auf die „Prahlerien“ des Gefangenen Niels H. reagiert?
  - Aus welchen Gründen ist nach Bekanntwerden von Verdachtsmomenten kein vorläufiges Berufsverbot gegen Niels H. verhängt worden; welche Voraussetzungen hätten dafür erfüllt sein müssen und welche Stelle wäre dafür zuständig gewesen? Reichen die geltenden Vorschriften aus?
  - Gegen wie viele Mitarbeiter und Verantwortliche der Kliniken DEL und OL wird ermittelt? Wie lauten die strafrechtlichen Vorwürfe?

- Wie viele Verdachtsfälle gibt es insgesamt an den Kliniken?
- Wie viele Exhumierungen gab es bereits?
- Wie viele Exhumierungen sind geplant?

**Anhang 2:**2. Sitzung am 17.03.2015:

Unterrichtung zu den Themenblöcken des Sonderausschusses

Unterrichtung durch das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung über den Sachstand hinsichtlich der Analyse der aktuellen Meldewege und Kontrollmöglichkeiten an den niedersächsischen Kliniken und den sich daraus ergebenden Maßnahmen zur Stärkung der Patientensicherheit

Staatssekretär Röhmann, Staatssekretär im Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung

3. Sitzung am 15.04.2015:

Unterrichtung zu den Themenblöcken des Sonderausschusses

Unterrichtung durch das Niedersächsische Justizministerium und durch das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung zu den sich aus den Taten eines früheren Krankenpflegers aus Delmenhorst abzeichnenden rechts- und justizpolitischen Fragestellungen

- MinDirg Dr. Hackner, Abteilungsleiter im Niedersächsischen Justizministerium,
- MinR´in Simon, Referatsleiterin im Niedersächsischen Justizministerium,
- MinDirg´in Schröder, Abteilungsleiterin im Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung.

4. Sitzung am 06.05.2015:

Themenblock „Allgemeines“:

- a) Anhörung von Vertretern des Klinikums Delmenhorst gGmbH
  - Frau Drumm, Geschäftsführerin des Klinikums Delmenhorst,
  - Herr Breidenbach, Mitgeschäftsführer des Klinikums Delmenhorst,
  - Rechtsanwalt Joester.
  
- b) Fortsetzung der Unterrichtung durch das Niedersächsische Justizministerium zu den sich aus den Taten eines früheren Krankenpflegers aus Delmenhorst abzeichnenden rechts- und justizpolitischen Fragestellungen

MinR´in Simon, Referatsleiterin im Niedersächsischen Justizministerium.

5. Sitzung am 20.05.2015:

Themenblock „Allgemeines“:

Anhörung von Vertretern des Klinikums Oldenburg gGmbH

- Herr Dr. Tenzer, Geschäftsführer des Klinikums Oldenburg,
- Frau Dr. Velke, Rechtsanwältin.

6. Sitzung am 12.06.2015:

Themenblock „Allgemeines“:

- a) Anhörung von Vertretern des Klinikums Delmenhorst gGmbH zur Mortalitätsstatistik
  - Herr Prof. Dr. Farke, Chefarzt beim Klinikum Delmenhorst,
  - Herr Dr. Lohmann, Geschäftsführer der Lohmann & Birkner Health Care Consulting GmbH.

- b) Herr Dr. Schwender, ehemaliger Oberarzt am Klinikum Delmenhorst, jetzt im Ruhestand.

7. Sitzung am 09.07.2015:

Themenblock „Allgemeines“:

Anhörungen:

- Herr Dr. Karyofilis, Psychiater, Oldenburg,
- Herr Prof. Dr. Beine, Facharzt für Neurologie und Facharzt für Psychotherapeutische Medizin am St. Marien-Hospital Hamm.

8. Sitzung am 11.09.2015:

Themenblock „Allgemeines“:

a) Anhörungen:

- Herr Marbach, „IG Klinikmorde DEL/OL“ in Ganderkesee,
- Herr Dr. Ruschulte, Leitender Oberarzt an der Medizinischen Hochschule Hannover.

- b) Unterrichtung durch das Justizministerium über den Stand staatsanwaltschaftlicher Ermittlungsverfahren, die Gründe der Nichteröffnung des Strafverfahrens gegen einen früheren Mitarbeiter der Staatsanwaltschaft sowie die Ergebnisse des Berichts über die Geschäftsprüfung der Generalstaatsanwaltschaft Oldenburg bei der Staatsanwaltschaft Oldenburg

MinDirg Dr. Hackner, Abteilungsleiter im Niedersächsischen Justizministerium.

9. Sitzung am 16.10.2015:

Themenblock „Patientensicherheit / Qualitätsmanagement / CIRS-System (anonymes Meldesystem)“

a) Anhörungen:

- Frau Dr. Cartes, Leiterin Strategisches Management und Patientensicherheit der Medizinischen Hochschule Hannover,
- Herr Dutschek, Leiter der Personalentwicklung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung Niedersachsen,
- Frau Reichwald, Fachliche Geschäftsführerin der Friederikenstift Krankenpflege GmbH Hannover,
- Herr Hammerschmidt, Beisitzer im Vorstand des Marburger Bundes, Landesverband Niedersachsen,
- Frau Mauritz, Vorsitzende des Niedersächsischen Pflegerats,
- Herr Broge und Frau Dr. Kazmaier vom Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (AQUA),
- Herr Dr. Thomeczek, Geschäftsstellenleiter und Leiter der Stabsstelle Patientensicherheit des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ),

- b) Unterrichtung durch die Landesregierung zur Thematik „Verwendung fehlerhafter Bandscheibenprothesen an einer niedersächsischen Klinik“

MinR´in Dr. Windus, Referatsleiterin im Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung,

Herr Dr. Reinelt, Sachbearbeiter für Grundsatzangelegenheiten im Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung.

10. Sitzung am 05.11.2015:

Themenblock „Arzneimittelversorgung / Medikamentenabgabe“

Anhörungen:

- Herr Dr. Diedrich, Abteilungsleiter der Apotheken- und Berufsaufsicht der Apothekerkammer Niedersachsen,
- Frau Dr. Jungmann-Klaar, Apothekenleiterin der Apotheke im Klinikum Oldenburg.

11. Sitzung am 02.12.2015:

Themenblock „Patientensicherheit / Qualitätsmanagement /CIRS-System (anonymes Meldesystem)“

Anhörung:

- Frau Dr. Siggelkow, Ärztekammer Niedersachsen.

12. Sitzung am 14.01.2016:

Abschließende Unterrichtung durch die Landesregierung zu den Themenblöcken des Sonderausschusses

- MinDirg´in Schröder, Abteilungsleiterin Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung,
- Beschäftigter Dr. Robbers, Referatsleiter im Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung,
- MinDirg Dr. Hackner, Abteilungsleiter im Niedersächsischen Ministerium der Justiz.

