

**Kleine Anfrage zur schriftlichen Beantwortung
gemäß § 46 Abs. 1 GO LT**

Abgeordnete Dr. Thela Wernstedt, Holger Ansmann, Immacolata Glosemeyer, Oliver Lottke, Hanna Naber, Uwe, Schwarz, Claudia Schüßler, Silke Lesemann, Alptekin Kirci, Matthias Möhle, Annette Schütze und Dr. Christos Pantazis (SPD)

Wurde eine drohende oder bestehende Unterversorgung schwerkranker Kinder auf der Kinderintensivstation der MHH nicht durch das Risikomanagement verhindert?

Anfrage der Abgeordneten Dr. Thela Wernstedt, Holger Ansmann, Immacolata Glosemeyer, Oliver Lottke, Hanna Naber, Uwe, Schwarz, Claudia Schüßler, Silke Lesemann, Alptekin Kirci, Matthias Möhle, Annette Schütze und Dr. Christos Pantazis (SPD) an die Landesregierung, eingegangen am 16.10.2018

Seit dem 08.10.2018 berichtet die regionale und überregionale Presse über einen Pflegenotstand auf der Kinderintensivstation (Station 67) der MHH. Der Leitende Oberarzt der Station 67 hatte sich an den NDR gewandt und mitgeteilt, vorhandene Intensivbetten könnten aufgrund unbesetzter Pflegestellen nicht mit Patienten belegt werden. Schon im Jahr 2017 habe die Kinderklinik der MHH die Aufnahme schwerstkranker Kinder aus anderen Krankenhäusern ablehnen müssen. Laut Auskunft des Oberarztes sind womöglich einige der abgewiesenen Patienten gestorben, da sie nicht die erforderliche, maximale medizinische Versorgung erhalten hätten.

Der Oberarzt wies auch darauf hin, dass die freien Intensivbetten wegen eines hohen Bedarfs sicher ausgelastet werden könnten, wenn auf der Station in ausreichendem Umfang qualifiziertes Kinderintensivpflegepersonal zur Verfügung stünde. Bereits am 01.12.2017 berichtete der Deutschlandfunk über den „Sanierungsstau an der Medizinischen Hochschule Hannover“. In einem Interview beklagte gegenüber dem Deutschlandfunk damals auch der Chefarzt der Kinderkardiologie, Prof. Beerbaum, einen Mangel an Pflegekräften auf der Kinderintensivstation und die extrem marode bauliche Situation der MHH-Kinderklinik.

Die Mitteilung, dass schwerstkranker Kinder wegen unzureichenden Pflegekapazitäten in Niedersachsen sterben könnten, hat nun bundesweit Aufmerksamkeit erzeugt und die Diskussion um negative Entwicklungen im deutschen Gesundheitswesen durch den drohenden Pflegemangel in Deutschland befeuert.

Andere Kinderkliniken, wie z. B. die Universitätsmedizin Göttingen (UMG) und die Kinderklinik auf der Bult, haben hingegen auf Anfragen der Presse mitgeteilt, dass sie aktuell einen derartigen Pflegenotstand wie die MHH auf ihren Kinderintensivstationen nicht beklagen müssen. Die UMG habe laut einem Pressebericht in der HAZ auf ihrer Kinderintensivstation sogar zwei Intensivbetten mehr als die MHH. Zusätzlich sei es der UMG gelungen, einen Personalaufbau auf der Kinderintensivstation zu betreiben. Laut Auskunft der anderen regionalen Kliniken hätten diese bislang einem Mangel an qualifizierten Pflegekräften in der Kinderintensivmedizin u. a. durch Ausbildungs- oder andere Managementmaßnahmen erfolgreich begegnen können.

Das Patientenrechtegesetz vom 20. Februar 2013 und die Qualitätsmanagementrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) schreiben Krankenhäusern die Umsetzung von Risikomanagement- und Fehlermeldesystemen verbindlich vor. Risikomanagement im Krankenhaus gehört zu den Aufgaben der Geschäftsführung. Risikomanagement ist eine zukunftsorientierte Analyse potenzieller Probleme, die analysiert und bewertet werden müssen. Klinisches Risikomanagement umfasst die Identifikation potenzieller Schwachstellen und die Aufgabe, kontinuierlich dafür Sorge zu tragen, potenzielle Behandlungsrisiken aktiv zu minimieren, um mögliche rechtliche und finanzielle Folgen aus Behandlungsfehlern sowie ein induziertes, aber vermeidbares Patientenleid zu verhindern.

Bei Personalmangel und Organisationsverschulden haftet im Falle von Versorgungsmängeln und Patientenschäden gegebenenfalls die Geschäftsführung persönlich; denn es gehört zu den Aufga-

ben der Geschäftsführung, entsprechend ihrer Verantwortung kontinuierlich die Personalsituation in den Kliniken zu überwachen und möglichen Personalengpässen entgegenzuwirken. Nur durch eine ausreichende Anzahl von Ärzten und Pflegekräften kann die Patientenversorgung auf einem ausreichend hohen Qualitätsniveau sichergestellt werden.

Verschiedene Rechtsprechungen geben den Hinweis, dass sich Geschäftsführer nicht lediglich „gutgläubig“ darauf verlassen dürfen, dass die tatsächliche Personaldichte sich immer auf dem Sollniveau gemäß einer einmal festgelegten wirtschaftlich-statischen Personal-Patienten-Quote befindet.

Eine Geschäftsführung wird im juristischen Sinne „bösgläubig“, wenn sie trotz Meldung aus unterbesetzten klinischen Bereichen keine geeigneten Maßnahmen gegen den Personalmangel ergreift und letztlich den Zustand duldet.

1. Nach welchen Qualitätsmanagementnormen wird das rechtlich vorgeschriebene Risikomanagementsystem für die Identifikation klinischer Risiken in der MHH umgesetzt? Seit wann?
2. Welcher Geschäftsbereich/welche Abteilung/welche Stabsstelle ist für die Umsetzung des Risikomanagements an der MHH zuständig? Seit wann?
3. Welcher Geschäftsbereich/welche Abteilung/welche Stabsstelle in der MHH unterstützt die klinischen Bereiche nach der Identifikation von Schwachstellen aktiv bei der Minimierung bestehender Risiken in der Patientenversorgung?
4. Welcher Geschäftsbereich/welche Abteilung/welche Stabsstelle überwacht die Effekte solcher Maßnahmen an der MHH?
5. Nach welchen Qualitätsmanagementnormen wird das rechtlich vorgeschriebene Risikomanagementsystem für die Identifikation klinischer Risiken in der Universitätsmedizin Göttingen (UMG) umgesetzt? Seit wann?
6. Welcher Geschäftsbereich/welche Abteilung/welche Stabsstelle ist für die Umsetzung des Risikomanagements an der UMG zuständig? Seit wann?
7. Welcher Geschäftsbereich/welche Abteilung/welche Stabsstelle in der UMG unterstützt die klinischen Bereiche nach Identifikation von Schwachstellen aktiv bei der Minimierung bestehender Risiken in der Patientenversorgung?
8. Welcher Geschäftsbereich/welche Abteilung/welche Stabsstelle überwacht die Effekte solcher Maßnahmen an der UMG?
9. Welcher Geschäftsbereich/welche Abteilung/welche Stabsstelle überwacht in der MHH/an der UMG die tatsächliche Personaldichte in allen klinischen Bereichen laufend?
10. Welcher Geschäftsbereich bzw. welche Abteilung bzw. welche Stabsstelle bewertet in der MHH/in der UMG das Risiko des Pflegekräftemangels?
11. Welches Vorstandsmitglied ist in der MHH/in der UMG für das Risikomanagement verantwortlich?
12. Mit welchen Methoden werden Risiken in der Krankenversorgung in der MHH/in der UMG identifiziert?
13. Mit welchen Bewertungsmethoden werden identifizierte Risiken in der MHH/in der UMG bewertet?
14. Auf welche Weise wird in der MHH/in der UMG sichergestellt, dass der Vorstand über identifizierte Risiken in der Krankenversorgung informiert wird?
15. Wie häufig werden identifizierte Risiken in der MHH/in der UMG an den Vorstand kommuniziert und auf welche Weise?
16. Wie stimmen die Vorstandsmitglieder in der MHH/in der UMG nach Meldung bestehender Risiken die notwendigen Maßnahmen und die Finanzierung der Maßnahmen ab, um identifizierte Versorgungsrisiken für Patienten zu eliminieren?

17. Wurde der Vorstand der MHH über die unbesetzten Stellen auf der Kinderintensivstation (Station 67) informiert, bevor der Leitende Oberarzt der Kinderintensivstation die Presse informierte?
18. Wenn ja, wann genau wurde der Vorstand der MHH das erste Mal und von wem über diesen offenbar bereits seit Jahren bestehenden Pflegenotstand informiert?
19. Wenn Maßnahmen und wann genau wurden in den letzten Jahren nachweislich von dem verantwortlichen Vorstand und der Geschäftsführung Pflege gegen den gemeldeten Pflegenotstand auf der Kinderintensivstation ergriffen?
20. Wenn Maßnahmen ergriffen wurden, aus welchem Grund wurde bis Oktober 2018 keine Verbesserung der personellen Notsituation erzielt?
21. Wurde der Vorstand der MHH über die bereits 2017 dauerhaft leerstehenden, voll ausgestatteten Zimmer auf der Kinderintensivstation und leeren Intensivbetten informiert, bevor der Leitende Oberarzt die Presse informierte?
22. Wenn ja, wann genau wurde der Vorstand der MHH das erste Mal über den Leerstand informiert?
23. Wann wurde der Vorstand der MHH das erste Mal von wem über den Umstand informiert, dass bereits im Jahr 2017 schwerstkranke Kinder aus anderen Kliniken trotz vorhandener freier Betten auf der Station 67 abgewiesen werden mussten und hierdurch womöglich gestorben sind?
24. Hat der MHH Vorstand selber hiernach das Aufsicht führende Ministerium/die Landesregierung über diesen Versorgungsnotstand informiert? Wenn ja, wann genau?
25. Wenn die Landesregierung informiert worden ist, welche Maßnahmen wurden von den Verantwortlichen ergriffen?
26. Welche Aufgaben und Pflichten kommen bei einem identifizierten Pflegemangel in den Kliniken der Geschäftsführung Pflege an der MHH zu?
27. Mit welchen Methoden überwacht das zuständige Vorstandsmitglied der MHH, ob die Geschäftsführung Pflege ihren übertragenen Pflichten und Aufgaben zuverlässig nachkommt?
28. Existiert neben dem angezeigten Pflegenotstand auf der Kinderintensivstation der MHH eine laufende Risikobewertung des aktuellen und zukünftigen Mangels an fachqualifizierten Pflegekräften für alle einzelnen Kliniken und Stationen in der MHH?
29. Wenn ja, wie häufig wurde diese Risikobewertung seit 2013 von wem in der MHH erstellt?
30. Wenn ja, welche der klinischen Bereiche der MHH gelten seit wann gemäß einer qualifizierten Risikobewertung als „Hochrisikobereiche“ durch einen aktuell bereits bestehenden oder wahrscheinlich drohenden Pflegemangel?
31. Wenn ja, wurden dem MHH-Vorstand alle Risikobewertungen für alle Kliniken der MHH regelmäßig vorgelegt?
32. Wenn ja, welche Schlussfolgerungen hat der Vorstand der MHH in den letzten Jahren nachweislich aus den Risikobewertungen des Risikomanagements jeweils gezogen?
33. Wie beurteilt die Landesregierung das wirtschaftliche und rechtliche Risiko durch den Pflegenotstand an der MHH?
34. Wenn ein erhebliches wirtschaftliches und rechtliches Risiko durch Pflegemangel an der MHH bereits seit mehreren Jahren besteht, welche Maßnahmen hat der Kaufmännische Vorstand gegen welche Risiken ergriffen, um die Risiken zu minimieren?
35. Wann wurde zuletzt eine Risikobewertung der Entwicklung der zukünftigen Pflegekräftesituation in den Kliniken der MHH vorgenommen? Welches ist das Ergebnis der Risikobewertung?
36. Wie beurteilt die Landesregierung das zukünftige Risiko der Pflegesituation an der MHH im Zusammenhang mit den geplanten Pflegeuntergrenzen des Bundesgesundheitsministers?

37. Welche Maßnahmen konnten nachweislich vom MHH-Vorstand mit welchem Erfolg umgesetzt werden, um den bereits bestehenden Pflegemangel bzw. die damit verbundenen Versorgungsrisiken nachhaltig in der gesamten MHH zu minimieren?
38. Wurde die Umsetzung der Maßnahmen auch der Geschäftsführung Pflege in Auftrag gegeben? Wenn ja, zu wann?
39. In welchen Kliniken bzw. Abteilungen der MHH wurden seit Januar 2016 bis einschließlich Oktober 2018 Überlastungsanzeigen durch Pflegepersonal oder Ärzte gestellt?
40. Welche Maßnahmen wurden vom verantwortlichen Vorstandsmitglied der MHH gegen diese Überlastungsanzeigen ergriffen und mit welchem Erfolg?

(Verteilt am 22.10.2018)