



N i e d e r s c h r i f t
über die 80. - öffentliche - Sitzung
des Ausschusses für Rechts- und Verfassungsfragen
am 1. Dezember 2021
Hannover, Landtagsgebäude

Tagesordnung:

Seite:

1. a) **Entwurf eines Gesetzes über die Feststellung des Haushaltsplans für die Haushaltsjahre 2022 und 2023 (Haushaltsgesetz 2022/2023 - HG 2022/2023 -)**
Gesetzentwurf der Landesregierung - [Drs. 18/9720](#) neu
- b) **Mittelfristige Planung des Landes Niedersachsen 2021 bis 2025**
Unterrichtung durch die Landesregierung - [Drs. 18/9847](#)
- hierzu: **Eingaben** 02377/01/18 und 02863/01/18 5

2. **Qualifizierte Leichenschau**
Antrag der Fraktion der FDP - [Drs. 18/3921](#)
- Anhörung*
- *Bund Deutscher Kriminalbeamter e. V., Landesverband Niedersachsen* 7
- *Deutsche Gesellschaft für Rechtsmedizin e. V.* 10

3. Verfassungsgerichtliche Verfahren

- a) Organstreitverfahren der Mitglieder des Landtages Dana Guth, Jens Ahrends und Stefan Wirtz gegen den Niedersächsischen Landtag wegen Verstoßes der Geschäftsordnung des Niedersächsischen Landtages gegen die Artikel 7 und 19 der Niedersächsischen Verfassung

StGH 3/21

- b) Organstreitverfahren (Eilverfahren) der Mitglieder des Landtages Dana Guth, Jens Ahrends und Stefan Wirtz gegen den Niedersächsischen Landtag wegen Verstoßes der Geschäftsordnung des Niedersächsischen Landtages gegen die Artikel 7 und 19 der Niedersächsischen Verfassung

StGH 4/21

Beginn der Beratung 19

4. Entwurf eines Gesetzes über eine Umwandlung des Calenberg-Göttingen-Grubenhagen-Hildesheim'schen ritterschaftlichen Kreditvereins und des Ritterschaftlichen Kreditinstituts Stade

Gesetzentwurf der Landesregierung - [Drs. 18/9918](#)

Mitberatung 21

Beschluss 21

5. Entwurf eines Gesetzes über die Beantwortung von Auskunftsverlangen öffentlicher Stellen durch die berufsständischen Versorgungseinrichtungen

Gesetzentwurf der Landesregierung - [Drs. 18/10269](#)

Beginn der Beratung 23

6. Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Niedersächsischen Wassergesetzes und anderer Gesetze sowie zur Aufhebung wasserrechtlicher Verordnungen

Gesetzentwurf der Landesregierung - [Drs. 18/9917](#)

dazu gemäß § 23 Abs. 1 S. 2 GO LT:

Unser Wasser schützen, Klimavorsorge treffen, Nutzungskonflikte vermeiden

Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen - 18/10007

Mitberatung 25

Beschluss 25

7. (zusätzlicher Tagesordnungspunkt:)

Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Niedersächsischen Kommunalverfassungsgesetzes und anderer Gesetze

Gesetzentwurf der Fraktion der SPD und der Fraktion der CDU - [Drs. 18/10246](#)

Mitberatung 27

8. a) **Kriminelle Familienclans in Niedersachsen konsequent bekämpfen**

Antrag der Fraktion der SPD und der Fraktion der CDU - [Drs. 18/6761](#)

b) **Konsequentes Vorgehen gegen kriminelle Familien-Clans**

Antrag der Fraktion der FDP - [Drs. 18/1521](#)

Fortsetzung der Beratung 29

Beschluss 30

Teilnehmerinnen und Teilnehmer:

Ausschussmitglieder:

1. Abg. Andrea Schröder-Ehlers (SPD), Vorsitzende
2. Abg. Andrea Kötter (SPD)
3. Abg. Wiebke Osigus (SPD)
4. Abg. Ulf Prange (SPD)
5. Abg. Sebastian Zinke (SPD)
6. Abg. Thomas Adasch (CDU) (per Videokonferenztechnik zugeschaltet)
7. Abg. Christian Calderone (CDU)
8. Abg. Volker Meyer (CDU)
9. Abg. Dr. Esther Niewerth-Baumann (CDU) (per Videokonferenztechnik zugeschaltet)
10. Abg. Thiemo Röhler (CDU) (per Videokonferenztechnik zugeschaltet)
11. Abg. Marcel Scharrelmann (CDU) (per Videokonferenztechnik zugeschaltet)
12. Abg. Marie Kollenrott (GRÜNE)
13. Abg. Dr. Marco Genthe (FDP)

Von der Landtagsverwaltung:

Ministerialrat Wieseahn,
Regierungsdirektorin Obst.

Vom Gesetzgebungs- und Beratungsdienst:

Ministerialdirigent Dr. Wefelmeier (Mitglied),
Ministerialrat Dr. Miller.

Niederschrift:

Regierungsdirektor Weemeyer, Stenografischer Dienst.

Sitzungsdauer: 10.36 Uhr bis 12.24 Uhr.

Tagesordnungspunkt 1:

a) **Entwurf eines Gesetzes über die Feststellung des Haushaltsplans für die Haushaltsjahre 2022 und 2023 (Haushaltsgesetz 2022/2023 - HG 2022/2023 -)**

Gesetzentwurf der Landesregierung -
[Drs. 18/9720](#) neu

erste Beratung:

117. Plenarsitzung am 15.09.2021

federführend: AfHuF;

mitberatend: ständige Ausschüsse

b) **Mittelfristige Planung des Landes Niedersachsen 2021 bis 2025**

Unterrichtung durch die Landesregierung -
[Drs. 18/9847](#)

*gemäß § 62 Abs. 1 GO LT überwiesen am
01.09.2021*

federführend: AfHuF;

mitberatend: ständige Ausschüsse

hierzu: **Eingaben** 02377/01/18 (Vorlage 2) und
02863/01/18 (Vorlage 1)

*zuletzt behandelt in der 79. Sitzung am
03.11.2021*

Eingaben 02377/01/18 und 02863/01/18

Ohne Aussprache empfahl der **Ausschuss** dem Landtag jeweils folgenden Beschluss:

Die Eingabe wird mit der Verabschiedung des Entwurfs des Gesetzes über die Feststellung des Haushaltsplans für die Haushaltsjahre 2022 und 2023 (Haushaltsgesetz 2022/2023 - HG 2022/2023 -) für erledigt erklärt.

Zustimmung: SPD, CDU, GRÜNE, FDP

Ablehnung: -

Enthaltung: -

Tagesordnungspunkt 2:

Qualifizierte Leichenschau

Antrag der Fraktion der FDP - [Drs. 18/3921](#)

erste Beratung: 52. Plenarsitzung am 20.06.2019

federführend: AfRuV;

mitberatend: AfHuF;

Stellungnahme: AfSGuG

Der Ausschuss hatte in der 73. Sitzung am 23. Juni 2021 eine Unterrichtung durch die Landesregierung entgegengenommen und die Antragsberatung fortgesetzt. In der 75. Sitzung am 1. September 2021 hatte er die Ärztekammer angehört. In der 77. Sitzung am 22. September 2021 und in der 78. Sitzung am 6. Oktober 2021 hatte sich der Ausschuss außerhalb der Tagesordnung auf die Durchführung einer weiteren Anhörung verständigt.

Anhörung

Bund Deutscher Kriminalbeamter e. V., Landesverband Niedersachsen

Schriftliche Stellungnahme: Vorlage 6

Per Videokonferenztechnik zugeschaltet:

KHK Stephan Schriever,
stellvertretender Landesvorsitzender

Stephan Schriever: In der Folge der Aktivitäten von Niels Högel ist die niedersächsische Polizei zweimal in größerem Umfang tätig geworden: zum einen im Rahmen der offiziellen Ermittlungen unter der Leitung des Kriminaldirektors Arne Schmidt; zum anderen tätigte der BDK Niedersachsen umfangreiche Recherchen zur Erkennung von Tötungsdelikten in Krankenhäusern und Altenheimen.

Beide kamen unabhängig voneinander zum selben Ergebnis, nämlich dass nicht natürliche Todesfälle in Krankenhäusern und Altenheimen im Regelfall nur durch Plausibilitätsprüfungen erkannt werden. Die gegenwärtig angewandten Maßnahmen sind zur Erkennung von Tötungsdelikten ungeeignet.

Aus dieser Erkenntnis heraus hat der BDK zusammen mit dem Interdisziplinären Fachforum Rechtsmedizin ein Leichenschauverfahren entwickelt, das seit mehreren Jahren im Krankenhaus Delmenhorst und seit gut einem Jahr im Evangelischen Krankenhaus Oldenburg mit überzeugenden Ergebnissen zur Anwendung kommt. Sein Kern besteht aus einer Plausibilitätsprüfung, die im Rahmen eines Vieraugenprinzips von einem Externen zeitnah zum Todeseintritt durchgeführt wird.

Die Arbeitsergebnisse überzeugen und stellen einen messbaren Qualitätssprung zum sonst üblichen Prozedere dar. Erstmals in der Geschichte der Leichenschau werden spurlose nicht natürliche Todesfälle stabil erkannt. Und nicht nur das, in Oldenburg wurde das Verfahren so modifiziert, dass über Rückkopplung das Qualitätsmanagement des Krankenhauses regelmäßig mit Daten aus den Leichenschauen versorgt wird, sodass die Ergebnisse der Leichenschau direkt in die Patientenbetreuung einfließen können.

Das vom BDK mitentwickelte Verfahren stellt also nicht nur in forensischer Sicht einen Qualitätssprung dar, sondern bringt auch in punkto Patientenbetreuung bzw. Patientensicherheit messbare Fortschritte mit sich - so gesehen ein doppelter Gewinn. Und nicht zu vergessen: Das neue Verfahren ermöglicht auch eine erhebliche Arbeitsentlastung für die Polizei.

Seit 2018 werden der Kripo alle Krankenhaustodesfälle mit einem außergewöhnlichen Verlauf sowie alle Todesfälle, die innerhalb von 24 Stunden nach einem medizinischen Eingriff eingetreten sind, gemeldet. Die Polizei soll dann ohne jeglichen medizinischen Sachverstand entscheiden, ob der Verdacht eines Kunstfehlers besteht oder ob es sich um ein schicksalhafteres Ereignis handelt.

Dieses aus unserer Sicht unsinnige Verfahren gehört schleunigst abgeschafft. Es bringt keinen Nutzen, aber ca. 30 % Mehrarbeit. Es ist viel sinnvoller, diese Entscheidung dem speziell qualifizierten Arzt bzw. einer entsprechenden Ärztin zu überlassen, dem bzw. der auch die Plausibilitätsprüfung obliegt.

Es ist nicht Aufgabe der Kriminalpolizei, sich mit der Frage der praktischen Umsetzung der qualifizierten Leichenschau im Krankenhaus in den Klinikalltag im Detail auseinanderzusetzen. Ich möchte mich trotzdem kurz dazu äußern, da ich

weiß, dass Gegner des Pilotprojektes Unwahrheiten verbreiten.

Unser Pilotprojekt war ein Hauptthema einer international besetzten Fachtagung in Schwerin. Dort wurde das Projekt in allen seinen Facetten einschließlich Kosten und Personalbedarf vorgestellt. Ich kann Ihnen versichern, dass dort Zahlen vorgestellt wurden, die beispielsweise mit denen, die die niedersächsische Ärztekammer verbreitet, nichts gemein haben.

Der BDK bedauert, dass die Ärztekammer ein Angebot zum Gedankenaustausch mit uns nicht wahrgenommen hat und zu unserem Projekt Ihnen gegenüber Stellung nimmt, ohne vorher mit uns zu sprechen. Aus diesem Grunde sehen wir den Ihnen zugesandten Bericht sehr kritisch.

Warum ein Gremium wie der Rechtsausschuss immer noch darüber diskutiert, ob ein Leichenschauer fachlich qualifiziert sein muss, macht mich als Kriminalbeamten sprachlos. Die Forderung ist doch seit 2009 Beschlusslage und wird von keinem Experten mehr infrage gestellt.

Auch das Gesundheitsministerium liegt mit Aussagen falsch. Richtig ist, dass der Arzt oder die Ärztin, der bzw. die die Leichenschau durchführt, geradezu eine Schlüsselposition hat. An dieser Stelle wird eine für alle Mal entschieden, ob ein Todeseintritt plausibel erklärbar, also in der Regel in der Regel natürlich, und ohne fremdes Verschulden eingetreten ist oder nicht. Hier alleine fällt die Entscheidung, ob polizeiliche bzw. staatsanwaltschaftliche Ermittlungen eingeleitet werden oder nicht.

Zu dieser Frage und auch zur Qualifizierung von ärztlichem Personal liegen uns inzwischen auch vom MJ und vom MI - also Frau Havliza und Herrn Pistorius - eindeutige Antworten vor. Unsere Einschätzungen werden also durchaus geteilt.

Bislang gab es zweifelsfrei logistische Probleme, Tausende von Ärzten in klassischem Präsenztunterricht weiterzubilden. Heute gibt es das Internet, und dank Corona ist das E-Learning mittlerweile eine zeitgemäße und überall anerkannte Weiterbildungsmethode geworden. Sowohl die niedersächsische Ärztekammer als auch das Fachforum bieten sogar entsprechende Weiterbildungen an.

Ein Leichenschauer hat mittlerweile einen Stundenlohn ca. 200 Euro. Da muss man doch auch eine entsprechende Qualifikation verlangen können. Einem Chirurgen ist es ja auch nicht freige-

stellt, ob er sich für einen Eingriff qualifiziert oder nicht. Warum setzt man bei der Leichenschau andere Maßstäbe?

Wenn sich ein Niels Högel nicht wiederholen soll, brauchen wir ein effektiveres Leichenschausystem im Krankenhaus. Es ist dem Mann in mehreren Jahren gelungen, nachweislich über 90 Tötungen und vermutlich deutlich über 100 bis 200 weitere, nicht mehr nachweisbare Tötungen zu begehen, bis sein Tun aufgefallen ist. Das bisherige Leichenschausystem war untauglich.

Das seit 2018 geänderte Gesetz berücksichtigt weder die Qualifizierung von Ärzten noch die Unabhängigkeit, noch das Vieraugenprinzip. Die praktizierten Maßnahmen sind also nicht geeignet, spurlose, nicht natürliche Todesfälle in Krankenhäusern und Altenheimen zu erkennen. Damit gelangen die allermeisten nicht natürlichen Todesfälle in Niedersachsen den Ermittlungsbehörden nicht zur Kenntnis und können nicht in die Morbiditätsstatistik einfließen - ein, wie ich finde, unhaltbarer bis skandalöser Zustand, wenn man es besser machen könnte.

Das vom BDK mitinitiierte Pilotprojekt „Qualifizierte Leichenschau im Krankenhaus“ erkennt demnach stabil spurlose, nicht natürliche Todesfälle. Der BDK fordert, die gesetzlichen Möglichkeiten dafür zu schaffen, dass dieses Verfahren schrittweise in Niedersachsen eingeführt werden kann. Ebenso spricht sich der BDK dafür aus, beginnend in Krankenhäusern und Altenheimen die Leichenschau an den Erwerb einer speziellen Qualifikation zu binden. Die Leichenschau zu einer Allerweltshandlung zu machen, zu der keinerlei spezielle Qualifikation benötigt wird, ist aus unserer Sicht unverantwortlich und konterkariert den Parlamentsauftrag, alles zu tun, damit sich ein Niels Högel eben nicht wiederholt.

Abg. **Dr. Marco Genthe** (FDP): Vielen Dank, Herr Schriever, für Ihren Vortrag, der an Deutlichkeit kaum zu überbieten war. Ich bin sehr dankbar, dass Sie ganz deutlich gemacht haben, dass die jetzige Situation nicht gut ist, dass die getroffenen Maßnahmen unwirksam sind und dass die Plausibilitätsprüfung wirkt. Sie wäre eine Möglichkeit, niedersachsenweit weiterzukommen.

Sie haben angesprochen, wie sich die Landesvertretung der Ärzte, die Ärztekammer, in diesem Ausschuss eingelassen hat. Auch ich war ein bisschen überrascht darüber. Offensichtlich war die Vertreterin nicht sonderlich gut informiert. Das

ging bis dahin, dass ich ihr Briefe vorlesen musste, die aus den Krankenhäusern Oldenburg und Delmenhorst die Ärztekammer erreicht hatten, aber dort offensichtlich nicht zur Kenntnis genommen wurden.

Ist es Ihnen inzwischen gelungen - es sind ja schon einige Wochen vergangen -, noch einmal Kontakt mit der Ärztekammer aufzunehmen und in eine Diskussion mit ihr einzutreten, damit da vielleicht ein Umdenken einsetzt?

Stephan Schriever: Wir haben einen Brief geschrieben und das bemängelt, aber daraufhin haben wir keinen Terminvorschlag bekommen.

Wie es mit den Krankenhäusern weitergegangen ist, weiß ich nicht. Ich kenne einen Brief von Herrn Dr. Hendrik Beeck, in dem er darum bat, dass man sich bei ihm speziell informiert. Ob das inzwischen gelaufen ist, weiß ich nicht.

Abg. **Christian Calderone** (CDU): Auch vonseiten der CDU-Fraktion vielen Dank an Herrn Schriever für seinen Vortrag! Die Koalition ist sehr Ihrer Meinung, dass wir erste Schritte gehen müssen, um eine qualifizierte Leichenschau in Niedersachsen zumindest in den Bereichen zu implementieren, in denen das Risiko am größten ist. Das ist im Übrigen auch der Auftrag aus dem Ausschuss „Patientensicherheit“, der im Nachgang zu den Mordfällen in Delmenhorst und Oldenburg getagt hat und umfangreiche Forderungen aufgestellt hat.

Ich bin einer Meinung mit dem Kollegen Genthe: Auch wir waren sehr verstört von den Einlassungen der Ärztekammer und auch von den Einlassungen des Sozialministeriums. Wir müssen tatsächlich schauen, welche ersten Schritte in Niedersachsen praktikabel sind. Da hat Ihr Verband, Herr Schriever, einen guten Beitrag zur Diskussion geleistet.

Wir müssen jetzt im politischen Raum gemeinschaftlich gucken - sicherlich auch mit den Ministerien -, wie wir vorangehen wollen. Ich könnte mir vorstellen, dass wir einen Schulterchluss aller Fraktionen des Landtages suchen, um diese ersten Schritte gemeinschaftlich zu gehen.

Abg. **Ulf Prange** (SPD): Vielen Dank, Herr Schriever, für die Informationen, die Sie uns schriftlich und mündlich gegeben haben.

Das Thema beschäftigt uns in der Tat seit den schrecklichen Vorkommnissen im Zusammen-

hang mit Niels Högel. Hier im Rechtsausschuss haben wir eigentlich den Konsens, dass es Nachsteuerungsbedarf gibt, weil die zurzeit geltenden Regelungen nicht geeignet oder zumindest unzureichend sind, um nicht natürliche Todesfälle gerade im Bereich von Kliniken und Altenheimen festzustellen.

Sie haben heute noch einmal die fehlende Qualifikation von Ärztinnen und Ärzten angesprochen. Das, finde ich, ist ein unheimlich wichtiger Aspekt, der auch uns schon beschäftigt hat. Wir haben hier aber auch schon ein anderes Thema gehabt: dass schlichtweg zu wenig Ärzte zur Verfügung stehen.

Ich komme aus Oldenburg und kenne die beiden Pilotprojekte, die Sie angesprochen haben und die auch gute Ergebnisse haben. Aber eine Ausdehnung aufs Land ist - diesen Punkt hat die Landesregierung hier immer wieder eingebracht - kaum leistbar, weil Ärztinnen und Ärzte fehlen. Für dieses Projekt braucht man im Flächenland Niedersachsen mehr Ärzte als z. B. in Bremen, wo es ein ähnliches Modell gibt. Dazu hätte ich gerne eine Einschätzung von Ihnen.

Ich glaube, wir müssen jetzt alle miteinander für Verbesserungen der Strukturen sorgen, auch in dem Sinne, den Herr Calderone eben angesprochen hat. Vielleicht geht das nicht in einem Schritt, vielleicht muss man das stufenweise machen. Aber wir müssen da auf jeden Fall vorankommen.

Vors. Abg. **Andrea Schröder-Ehlers** (SPD): Herr Schriever, können Sie etwas zum Ärztebedarf sagen?

Stephan Schriever: Ich kenne die Ausführungen von Prof. Birkholz, der Berechnungen angestellt und den Vorschlag gemacht hat, Ärztinnen und Ärzte zu rekrutieren, die zurzeit nicht praktizieren, beispielsweise weil sie in Rente sind oder weil familiäre Gründe sind davon abhalten, ganztags zu arbeiten, und sie dafür zu begeistern, sich stundenweise einzubringen. Es würde die Krankenhausärzte sogar entlasten, wenn es gelänge, Teams aufzustellen, die sich speziell um eine qualifizierte Leichenschau kümmern würden. Ich glaube, das wäre ein gangbarer Weg.

Aber die Ärztekammer hat das kategorisch ausgeschlossen. Ich habe manchmal den Eindruck, dass die Kammer immer nur argumentiert, was alles nicht geht. Aus meiner Sicht müsste man zu-

mindest versuchen, etwas zu verbessern. Dass nicht alles auf einmal geht, gerade jetzt in der Pandemiezeit nicht, ist auch mir klar. Aber auf alle Fälle sollte man versuchen, in dieser Hinsicht etwas zu verbessern.

Vors. Abg. **Andrea Schröder-Ehlers** (SPD): Vielen Dank, Herr Schriever. Ich sehe keine weiteren Wortmeldungen. Ich bedanke mich ganz herzlich bei Ihnen. Ich gehe davon aus, dass Sie noch ein bisschen dabeibleiben. Denn als Nächsten hören wir Herrn Prof. Dr. Klintschar von der MHH.

Deutsche Gesellschaft für Rechtsmedizin e. V.

Schriftliche Stellungnahme: Vorlage 7

Anwesend:

Prof. Dr. Michael Klintschar, Schatzmeister

Prof. **Dr. Michael Klintschar**: Ich spreche für die Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin, die seit über 100 Jahren die Rechtsmedizin im deutschsprachigen Raum vertritt. Ich spreche aber auch als einziger Ordinarius für Rechtsmedizin im Land Niedersachsen. Und ich spreche als der Arzt, der gemeinsam mit seinen Mitarbeitern den Fall Niels Högel betreut hat, also 200 Exhumierungen vorgenommen hat usw., und der natürlich von all dem geschockt war, was sich in diesem Zusammenhang ergeben hat. Das sage ich, weil der Name Niels Högel über all den Maßnahmen, die besprochen werden, wie ein böser Schatten hängt.

Ich begrüße den Antrag natürlich. Er geht von völlig korrekten Annahmen aus: Die Leichenschau ist schlecht. Sie war immer schon schlecht, und sie ist, wie ich dem Sonderausschuss „Patientensicherheit“, von dem ich gehört wurde, zu erklären versucht habe, unter der neuen Gesetzgebung nicht besser geworden.

Das neue Bestattungsgesetz hat sicherlich die eine oder andere positive Seite, wird aber nicht so gelebt und so durchgeführt. Vielleicht mag es nur einige Details geben, die man hier verändern könnte. Aber so hat es bislang sicherlich nichts gebracht.

Es gibt also auch aus meiner Sicht großen Verbesserungsbedarf.

Der Lösungsansatz, der präsentiert wird, enthält die eine oder andere gute Idee - gar keine Frage -, ist aber an sich ungeeignet, wirklich zu einer Verbesserung zu führen. Insbesondere wage ich zu behaupten, dass dadurch keine einzige Tötung im Krankenhausbereich erkannt wird.

Vollkommen zu Recht steht das Wort Plausibilitätsprüfung im Raum. Plausibilitätsprüfungen sind in vielerlei Hinsicht der einzige Weg, von außen an solch einen Fall heranzugehen. Aber sie helfen nichts, wenn der Mensch, der umgebracht wurde, ein kranker Mensch war, der in wenigen Monaten sowieso gestorben wäre. Wenn eine Person schwer krank ist, wird es keinem Arzt verdächtig vorkommen, wenn sie stirbt. Das heißt, das alleine funktioniert nicht.

Was ist wirklich schlecht an der Leichenschau, wie sie jetzt ist, und was würde durch diesen Antrag besser werden?

Ich kenne das Projekt in Delmenhorst gut. Ich habe selbst mitgeholfen, es aus der Taufe zu heben. Ich habe selbst durch Vermittlung zum Justizministerium und zum Sozialministerium geholfen, dass dieses Projekt beginnt. Das ist ein sehr interessantes Projekt, das aber einen sehr begrenzten Nutzen hat und aus meiner Sicht in erster Linie notwendig war, um zu zeigen, dass da, wo diese Taten passiert sind, etwas geschieht. Das ist aber nichts, was man auf das ganze Bundesland übertragen sollte.

Ein großer Teil des Vorschlages wäre die Unabhängigkeit der Leichenschau. Die gibt es bis jetzt nicht; das wäre ein Volltreffer. Der Leichenschauer soll von außen kommen, er soll nicht in einem Verhältnis zu den behandelnden Ärzten stehen, der Verdacht der Mausehelei soll gar nicht erst aufkommen.

Auch die Weiterbildung der Leichenschauer ist natürlich ein wichtiger Punkt. Alle Mediziner lernen im Medizinstudium die Leichenschau. Diese Ausbildung hat in etwa den Umfang, den ein Kurs, wie er hier angedacht ist, bieten könnte. Nach dem Studium vergisst man natürlich mit der Zeit einiges. Man darf aber keineswegs jemanden, der diesen Kurs wiederholt hat, als Experten bezeichnen. Er hat nur ein bisschen mehr Ahnung davon. Was er einmal gelernt hat, hat er wieder aufpoliert.

Unter einem Experten würde ich mir einen Rechtsmediziner vorstellen, wie es z. B. in Bre-

men der Fall ist. Es sind ja Rechtsmediziner, die das dort machen. Sie haben zumindest einige Jahre in der Rechtsmedizin gearbeitet. Ich könnte mir auch eine Art Schmalspur-Rechtsmediziner vorstellen, der nach seiner Ausbildung vielleicht ein Jahr praktiziert hat.

Der Gedanke, Rentner oder junge Mütter dafür heranzuziehen, ist für ein kleines Projekt vielleicht denkbar. Aber landesweit wäre das nicht tragfähig. Das könnte höchstens eine Ergänzung sein.

Sie dürfen nicht vergessen: Die Leichenschau ist keine reine Denkaufgabe, sie ist auch ein Knochenjob. Die durchschnittliche Ärztin wiegt vielleicht 60 kg, ein durchschnittlicher Verstorbener vielleicht 100 kg. Der Leichnam muss nun unter widrigen Umständen vollständig entkleidet werden. Er muss gedreht und von allen Seiten angeschaut werden. All das erfordert körperliche Kraft, die nicht vorausgesetzt werden kann. Auch ein 100 kg schwerer Arzt kann das nicht machen. Da braucht man Hilfspersonal. Das heißt, der Ansatz muss Hilfspersonal vorsehen.

Auch müssen die Räumlichkeiten geeignet sein. Es muss gutes Licht geben. Der Bremer Ansatz krankt aus meiner Sicht ganz extrem daran, dass die Leichenschauen bei den Bestattern bzw. in den Kühlhallen der Krankenhäuser durchgeführt werden, wo eben kein Hilfspersonal vorhanden ist.

Wir in Hannover beschäftigen seit ca. einem Jahr drei Ärztinnen, die früher in Bremen waren. Dass sie zu uns gekommen sind, hat mehrere Gründe. Ein Grund ist, dass die Leichenschau, wie sie in Bremen durchgeführt wird, nicht alles erfüllend gesehen wird. Das heißt, eine reine Leichenschau nach Bremer Prinzip ist schwierig.

Die ganze Leichenschau ist sehr schlecht organisiert. Man braucht einen Helfer, und man braucht eine entsprechende Räumlichkeit. Das kann nur funktionieren, wenn der Leichnam in ein Zentrum gebracht wird, und nicht, wenn der Arzt in das Krankenhaus fahren muss, wie es in Bremen und in Delmenhorst der Fall ist.

Nun könnte es mehrere Zentren in Niedersachsen geben, z. B. die drei rechtsmedizinischen Institute in Oldenburg, Hannover und Göttingen, aber auch die bestehenden pathologischen Institute. Es könnte also vielleicht sechs, sieben Zentren geben, und dorthin müssten die Leichen gebracht

werden. Das würde die Zahl der benötigten Ärzte vielleicht auf ein mögliches Maß bringen.

Wenn der Arzt rausfahren müsste, vielleicht 100 km weit, könnte er pro Tag nur eine einzige Leichenschau machen. Eine Tätigkeit als fahrender Leichenschauer könnte man noch so gut bezahlen, man würde damit keinem Arzt ein befriedigendes Arbeitsleben verschaffen.

Anders wäre es, wenn die Leichen zentral angeschaut würden. Natürlich müsste man dann auch die ärztlichen Unterlagen usw. einbringen.

Generell muss man aber ganz ehrlich sagen: Durch eine Leichenschau werden - egal wie qualifiziert der Leichenschauer ist, selbst wenn er ein Facharzt für Rechtsmedizin ist - Tötungen im Krankenhaus nicht bekannt werden. Eine Tötung durch Erwürgen, die zu Hause passiert ist, ist viel besser zu erkennen. Da hat die klassische rechtsmedizinische Untersuchung ihre Vorteile - aber halt nicht bei den Krankenhaustodesfällen. Da handelt es sich nämlich wahrscheinlich in erster Linie um Vergiftungsfälle. Nur in wenigen Ausnahmefällen kann man Vergiftungen von außen sehen. Gerade bei schwer kranken Menschen wird auch die Plausibilitätsanalyse keinen Ansatzpunkt liefern.

Das heißt, eine qualifizierte Leichenschau macht nur dann Sinn, wenn bereits ein gewisser Verdacht besteht, der dann auch überprüft werden kann. Zur Überprüfung stehen zwei Mittel zur Verfügung: eine Obduktion und/oder eine toxikologische Untersuchung. In vielen Fällen wird eine toxikologische Untersuchung genügen. Man kann minimalinvasiv Blut aus der Oberschenkelvene entnehmen und es toxikologisch untersuchen.

Das dürfen Sie sich aber nicht so einfach vorstellen. Es ist nicht so, dass bei einer solchen Untersuchung gleich ein klares Ergebnis herauskommt. Das Ergebnis muss vielmehr in einen komplizierten Zusammenhang gesetzt werden. Es muss mit den durchgeführten Behandlungen und den eingesetzten Medikamenten abgeglichen werden. Man muss durchaus das System optimieren, damit das funktioniert.

Aber das sind die zwei einzigen Möglichkeiten, zu erkennen, ob jemand im Krankenhaus auf nicht natürlichem Wege zu Tode gekommen ist: die Obduktion und die toxikologische Untersuchung.

Wenn ein Verdacht besteht, hat man einen Grund, solche Untersuchungen durchzuführen.

Aber das ist zu wenig. Meiner Meinung nach müsste man solche Untersuchungen stichprobenartig durchführen, sodass jeder, der im Krankenhaus tätig ist, weiß, dass eine Vergiftung erkannt werden kann. Das ist meiner Meinung die einzige Methode, um Tötungen im Krankenhaus wirklich zu erkennen.

Der Ansatz mit der Multimedikation ist auch ein sehr interessanter, setzt aber ein sehr großes Fachwissen voraus. Das bedeutet ja auf gut Deutsch, dass der leichenschauende Arzt mehr von Medikamenten verstehen muss als der behandelnde Arzt, der vielleicht ein Internist ist und schon 20 Jahren mit diesen Medikamenten arbeitet. Das heißt, das wird ein Rechtsmediziner nicht so einfach leisten können. Vielmehr wird die Beurteilung auch hier sehr schwierig sein.

Ein Kritikpunkt, der in diesem Zusammenhang oft genannt wird, ist der Zahl der vorhandenen Ärzte. Meiner Meinung nach gibt es nicht genug Ärzte, um zur Leichenschau hinauszufahren. Wenn die Leichen aber hergebracht werden, mag es durchaus möglich sein, dass die 40 Ärzte, die Herr Birkholz genannt hat, ausreichen. Es müssen aber wirklich Ärzte sein, die die Rechtsmedizin im Blut haben, die von Herzen Leichenschauer sind. Ärzte, die 40 Jahre lang Patienten behandelt haben, können zwar mitarbeiten, können aber nicht das Grundgerüst der qualifizierten Leichenschau sein.

Qualifizierte Leichenschau wäre somit eine Möglichkeit. Bislang gibt es aber keine Lösung für ein wesentliches Problem: Einen Verdacht kann man der Staatsanwaltschaft melden. Aber wenn man nur ein schlechtes Bauchgefühl hat, wird die Staatsanwaltschaft keine Untersuchung einleiten.

Es muss also die Möglichkeit einer Verwaltungssektion her. Es muss die Möglichkeit geben, eine klinische Sektion durchzuführen, um die Ergebnisse der Leichenschau zu überprüfen. Das jetzige Bestattungsgesetz sieht zwar die Möglichkeit vor, dass der behandelnde Arzt über den Amtsarzt eine klinische Sektion zu gewissen Fragestellungen veranlasst, auch gegen den Willen der Verwandten des Verstorbenen. Nicht geklärt ist aber die Finanzierung der Sektion. Es muss einen Topf geben, aus dem Obduktionen und toxikologische Untersuchungen von öffentlichem Interesse bezahlt werden. Ich denke, dann würde das auch gemacht werden.

Bislang werden im Großraum Hannover nach einer Umfrage, die ich durchgeführt habe, pro Jahr nur drei oder vier klinische Obduktionen durchgeführt. Das reicht in keiner Weise aus.

Für eine qualifizierte Leichenschau muss also genug qualifiziertes Personal vorhanden sein. Sie muss zentral durchgeführt werden. Es muss die Möglichkeit einer Obduktion geben.

Meiner Meinung nach sollten 10 bis 15 % aller im Krankenhaus Verstorbenen obduziert werden - das sage nicht nur ich; das sage andere, von anderen Ausgangspunkten kommend, ebenfalls -, schon zur Qualitätssicherung.

Ganz wesentlich auch noch: Plausibilitätsprüfungen sind ein sinnvoller Ansatz, müssten aber im Sinne einer Mortalitätskonferenz durchgeführt werden. Dieses Schlagwort ist schon im Sonderausschuss „Patientensicherheit“ gefallen.

Ich stelle mir das z. B. so vor, dass der leichenschauende Arzt den Fall gemeinsam mit einem anderen unabhängigen Arzt - einem klinischen Arzt - beurteilt, und zwar möglicherweise nach Anhörung des behandelnden Arztes. Und danach ziehen sie Konsequenzen. Mögliche Konsequenzen wären z. B. eine Obduktion und eine toxikologische Untersuchung.

Ein ganz wichtiger Ausgangspunkt, der auf jeden Fall eingeführt werden müsste und der nichts kostet, aber zugegebenermaßen datenschutzrechtlich nicht ganz unproblematisch ist, wäre das Führen einer Statistik, wie oft bei welcher Ärztin, bei welchem Arzt, bei welchem Pflegepersonal Todesfälle vorkommen. Damit hätte man nämlich die Tötungsserie von Niels Högel ohne einen einzigen Euro Mehrkosten bereits nach dem zehnten, fünfzehnten oder zwanzigsten Mal entdeckt und nicht erst nach dem zweihundertsten Mal. Das wird aber z. B. in Delmenhorst nicht gemacht, obwohl ich das sehr angemaht und als seine sehr sinnvolle Maßnahme bezeichnet habe.

Auf diese Statistik sollte die Mortalitätskonferenz Zugriff haben. Ansonsten müssen diese Daten natürlich sehr bedeckt gehalten werden. Aber wenn bei einer bestimmten Person Todesfälle signifikant häufiger als bei den anderen Personen auftreten, dann kann die Mortalitätskonferenz einen ganz anderen Blick auf den Todesfall werfen und entsprechende Maßnahmen einleiten.

Ich habe noch eine Frage an den Vertreter des BDK. Sie haben gesagt, es sei bewiesen, dass

das Delmenhorster Modell funktioniere. Das hat ja auch Herr Birkholz gesagt. Aber wie wurde das bewiesen? Es funktioniert seit zweieinhalb Jahren, aber es ist nie ein Tötungsdelikt erkannt worden. Das aber wäre meiner Meinung nach die einzige Möglichkeit, das Funktionieren des Modells zu beweisen.

Das Gleiche gilt übrigens für Bremen. In Bremen müssen vorher viele Tötungsdelikte übersehen worden sein, es sei denn, die ganzen Annahmen waren falsch. Aber kein einziges Tötungsdelikt ist durch die qualifizierte Leichenschau erkannt worden.

Stephan Schriever (BDK): Das ist eine medizinische Frage, die ich als Kriminalbeamter nicht beantworten kann. Ich kann mich da nur auf das verlassen, was die dortigen Ärzte behaupten. Die sagen, dass Fehler bei der Medikation, insbesondere bei der Kombination mehrerer Medikamente, nachweislich zu Todesfällen geführt haben.

Ich bin froh darüber, dass es offensichtlich keine weiteren Tötungsdelikte gegeben hat. Aber ob man unerkannte Tötungsdelikte nun ausschließen kann, vermag ich als Kriminalbeamter nicht zu sagen. Da muss ich mich auf Ärzte verlassen.

Mich hat überzeugt, dass man in Delmenhorst und in Oldenburg Erkenntnisse gewonnen hat, die anderen Patienten in Zukunft helfen können. In Konferenzen wird aufgezeigt, dass bestimmte Medikamentencocktails weniger sinnvoll sind. Daraus zieht man Lehren und hilft Patienten künftig mit anderen Medikamenten. Dieses Nebenprodukt finde ich nicht uninteressant.

Abg. **Dr. Marco Genthe** (FDP): Zur Wirksamkeit des Projektes in Delmenhorst und Oldenburg kann ich gleich auch noch etwas sagen.

Zunächst einmal vielen Dank für Ihren Vortrag, Herr Prof. Klintschar! Ich habe mir Ihre schriftliche Stellungnahme, die uns schon vorab vorgelegen hat - vielen Dank auch dafür! -, genau angeguckt und war an einigen Stellen doch sehr überrascht. Da haben sich auch einige Fragen ergeben. Mit Erlaubnis der Vorsitzenden möchte ich an dieser Stelle fünf Fragen stellen, muss meine Fragen an der einen oder anderen Stelle aber auch ein bisschen erklären.

Erstens ist mir aufgefallen, dass Sie an zwei Stellen von dem „Modell Bremen/Delmenhorst“ gesprochen haben. Diese beiden Projekte haben

aber bis auf den ähnlichen Namen eigentlich überhaupt nichts gemein.

In Bremen wird nicht am Fundort untersucht; das haben Sie eben schon gesagt. Die Untersuchung wird nicht nur in Altenheimen und Krankenhäusern vorgenommen. Das haben wir aber beantragt, und so läuft es auch in Delmenhorst und Oldenburg. Vor allen Dingen findet keine Plausibilitätsprüfung statt. Das ist gerade der Kernbereich der beiden niedersächsischen Projekte und des Antrages meiner Fraktion.

Insoweit wundert mich, dass Sie Ihre Schätzung, wie viele Ärzte für die Umsetzung eines solchen Projektes in Niedersachsen notwendig wären, mit dem Personalaufwand in Bremen begründet haben. Das ist für mich überhaupt nicht nachvollziehbar. Das Bremer Projekt wollen wir nicht auf Niedersachsen übertragen. Insoweit kann ich Ihre Schätzung, dass 160 Ärzte notwendig sein sollen, überhaupt nicht nachvollziehen.

Zweitens geht es mir um die Frage, ob die Todesursache ausschließlich durch eine Sektion herauszufinden ist. Sie haben sich eben noch einmal entsprechend geäußert und gesagt, sinnvollerweise sollten 10 bis 15 % aller Verstorbenen obduziert werden.

Dass es mit dem Willen der Angehörigen an dieser Stelle rechtlich schwierig ist, hat die Anhörung zur Reform des Bestattungsgesetzes gezeigt. Wahrscheinlich ist das nicht so einfach durchsetzbar.

Aber Tatsache ist, dass mehrere Opfer von Niels Högel obduziert wurden, auch in der MHH, und man die Tötungen dort trotz Obduktion nicht festgestellt hat.

Welchen Schluss ziehen Sie daraus? Sollte die qualifizierte Leichenschau nicht die Fragen aufwerfen, die der Arzt bei der Sektion braucht, damit seine Untersuchung in die richtige Richtung geht?

Prof. **Dr. Michael Klintschar**: Es würde mir leichter fallen, wenn ich die Fragen einzeln beantworten könnte.

Abg. **Dr. Marco Genthe** (FDP): Das können wir auch so machen. Dann sagen Sie bitte erst einmal etwas zur Vergleichbarkeit der Projekte und dazu, was Sie daraus geschlossen haben, dass auch in Ihrem Haus Opfer von Niels Högel obdu-

ziert wurden, ohne dass die Tötungen erkannt wurden.

Prof. Dr. Michael Klintschar: Zu der ersten Frage: Es ist schon klar, dass es große Unterschiede zwischen Bremen und Delmenhorst gibt. Beide Projekte sind hier als Beispielsansätze genannt worden; Vertreter beider Projekte sind hier angehört worden.

(Zuruf des Abg. Dr. Marco Genthe [FDP])

Vors. Abg. **Andrea Schröder-Ehlers** (SPD): In der Debatte haben wir über beide Projekte gesprochen. In Ihrem Antrag, Herr Dr. Genthe, wird Bremen nicht genannt. - Aber jetzt ist Herr Prof. Klintschar dran.

Prof. Dr. Michael Klintschar: Ich habe die Eigenschaften beider Projekte sicherlich in einen Topf geworfen. Eine solche Verallgemeinerung ist aber eine wissenschaftliche Methode, um komplexe Probleme anzugehen. Im Detail gibt es natürlich große Unterschiede. Mir ist klar, dass es Unterschiede zwischen den beiden Ansätzen gibt. In Bremen machen Rechtsmediziner die qualifizierte Leichenschau, in Delmenhorst machen das Ärzte, die nicht in der Rechtsmedizin arbeiten. Es gibt noch viele weitere Unterschiede, wie Sie zu Recht gesagt haben.

Die Berechnung der Zahl der Ärzte, die gebraucht werden, beruht aber letztendlich darauf, dass sowohl in Delmenhorst als auch in Bremen ein Arzt von seinem Wohnort aus ein Krankenhaus aufsucht, um dort die Leichenschau durchzuführen. Für die Berechnung der Zahl der Ärzte bin ich von den gleichen Voraussetzungen ausgegangen - aber nur was das angeht.

Zu der zweiten Frage: Sie haben sicherlich alle schon öfters den „Tatort“ gesehen. Von daher wissen Sie, dass der Rechtsmediziner - Boerne z. B. - nach der Obduktion aus dem Saal geht und ihm seine Assistentin dann schon den toxikologischen Befund in die Hand gibt. Und dann sieht er: Aha, das Gift eines exotischen Kugelfisches.

So ist das Leben aber nicht. Bei der Obduktion suchen wir nach plausiblen Todesursachen. Nur wenn wir keine plausible Erklärung haben, wird eine toxikologische Untersuchung gemacht. Die ist nämlich aufwendig und teuer. Oft genug gibt die Staatsanwaltschaft sie gar nicht in Auftrag, selbst wenn wir sie empfehlen.

Deswegen habe ich hier betont, dass eine Obduktion alleine nicht ausreicht, um Vergiftungen festzustellen. Nur in wenigen Fällen kann durch eine Obduktion ein Vergiftungsverdacht erhoben werden. Vielfach gibt es nur einen sehr vagen Verdacht. Entscheidend ist also die toxikologische Untersuchung.

Abg. **Dr. Marco Genthe** (FDP): Meine Informationen beziehe ich da nicht aus dem „Tatort“. Ich finde es überraschend, dass Sie sagen, die Obduktionen haben an dieser Stelle nur deshalb nichts genützt und die Opfer von Niels Högel sind nur deshalb über Jahre nicht aufgefallen, weil es keine toxikologischen Untersuchungen gab.

Prof. Dr. Michael Klintschar: Unsere Oldenburger Außenstelle hat tatsächlich einige wenige von den wahrscheinlich über 200 Todesfällen untersucht. Das war nur eine Handvoll. Wie gesagt, wenn man keinen Verdacht hat, wenn man keine toxikologische Untersuchung macht, dann wird man die Vergiftung nicht feststellen können. Das spricht eher dafür, dass das stimmt, was ich sage: wie schwierig es ist, Todesfälle durch Vergiftung im Krankenhaus zu erkennen.

Sie dürfen nicht vergessen, dass bei diesen Untersuchungen natürlich ärztliche Unterlagen, soweit vorhanden, vorlagen. Das heißt, eine Plausibilitätskontrolle hat da natürlich auch stattgefunden.

Abg. **Dr. Marco Genthe** (FDP): Gerade der Verdacht wäre aber doch ein entscheidender Punkt für die qualifizierte Leichenschau - dass bei einer Plausibilitätsprüfung ein Verdacht versteht.

Meine dritte Frage betrifft die Qualifikation der Leichenschauer. Sie haben in Ihrer Stellungnahme geschrieben und, glaube ich, eben auch gesagt, dass mehrtägige Kurse nicht geeignet seien, um die grundsätzlich vorhandene Qualifikation, die die Ärzte im Studium erworben hätten, zu heben.

Prof. Dr. Michael Klintschar: Solche Kurse sind nicht geeignet, die Qualifikation *signifikant* zu heben.

Abg. **Dr. Marco Genthe** (FDP): Das sieht Ihr Verband - die Deutsche Gesellschaft für Rechtsmedizin - aber anders. Denn sie hat Weiterbildungskurse erarbeitet und in den Jahren 2009 und 2015 verpflichtende Fortbildungen gefordert. Insofern wundere ich mich, dass Sie jetzt anders vortragen, als der Vorstand des Verbandes, für

den Sie hier sprechen, beschlossen hat. Vielleicht können das kurz erklären.

Prof. **Dr. Michael Klintschar**: Ich sage nicht, dass es sinnvoll, solche Weiterbildungen zu machen. Ganz im Gegenteil: Je besser jemand ausgebildet ist, umso eher wird er etwas erkennen. Weiterbildungen werden ihm aber nicht helfen, Vergiftungen zu erkennen. Einen nicht natürlichen Todesfall im Krankenhaus - das wird wahrscheinlich eine Vergiftung sein; nur wenige andere Todesursachen kommen infrage - wird man auch nach einer Fortbildung nicht durch eine äußere Leichenschau erkennen. Da braucht man eine toxikologische Untersuchung - und natürlich eine Plausibilitätsprüfung, die aber in vielen Fällen nicht wirklich funktionieren wird.

Natürlich wäre es besser, wenn alle Ärzte solche Weiterbildungen machen würden. Ich wäre sehr dafür. Ich habe auch schon viele solche Fortbildungen durchgeführt. Aber wenn ich die Qualität der Untersuchung wirklich heben möchte, wird das nicht ausreichen.

Abg. **Dr. Marco Genthe** (FDP): Gut, aber es bleibt der Hinweis, dass Ihr Verband verpflichtende Fortbildungen gefordert hat. Das haben Sie in Ihrer Stellungnahme völlig ausgelassen.

Ich komme zu meinem vierten Punkt. Sie haben geschrieben, dass das Projekt in Delmenhorst und Oldenburg „eine sinnvolle ... ergänzende Maßnahme mit begrenztem Nutzen“ sei.

Ich habe mir die Ergebnisse aus Oldenburg besorgt. Im ersten Halbjahr 2021 hat es da 15 nicht natürliche bzw. nicht erwartbare spurlose Todesfälle gegeben, die durch die Plausibilitätsprüfung erkannt wurden. Es hat sich da um Medikamentenwirkungen gehandelt.

Wenn man das auf das gesamte Jahr 2021 hochrechnet, kommt man 30 Fälle. Und wenn man das auf alle Sterbefälle in Niedersachsen hochrechnet - ich weiß, wie schwierig eine solche Hochrechnung ist -, kommt man auf 3 000 auffällige Sterbefälle.

Die erkannten Fälle, die im Zusammenhang mit Medikamenten stehen, sind allerdings nach den jetzt geltenden Regelungen nicht meldepflichtig. Wenn es sich nicht um einen völlig unerwartbaren Verlauf handelt, brauchen solche Fälle nicht gemeldet zu werden. Auf diese Art und Weise ist letztendlich Niels Högel durchgerutscht.

Das ist alles bekannt, das sind alles alte Hüte. Was ist eigentlich in der MHH daraus gefolgert worden? Welche konkreten Schlüsse hat die MHH aus diesen Vorkommnissen und aus diesen Erkenntnissen gezogen?

Prof. **Dr. Michael Klintschar**: Ich habe Sie nicht hundertprozentig verstanden. Was genau ist in diesen 15 Fällen festgestellt worden?

Abg. **Dr. Marco Genthe** (FDP): In Oldenburg wurden Fälle herausgefischt, in denen zwar keine Spuren vorlagen, aber ein nicht erwartbarer Verlauf erkannt wurde. Diese Fälle wurden genauer angeschaut, und diese Fälle sind nach jetzigem Recht nicht meldepflichtig. Ein Staatsanwalt guckt da also nicht drauf.

Man hat z. B. Fälle untersucht, in denen nicht zu erwarten war, dass der Patient drei Tage nach seiner Aufnahme ins Krankenhaus sterben würde. Da hat man eine Plausibilitätsprüfung durchgeführt. Das waren, wie gesagt, 15 Fälle.

Prof. **Dr. Michael Klintschar**: Bevor ich Ihre Frage beantworte: Das stimmt meiner Meinung nach nicht. Das Bestattungsgesetz enthält mehrere neue Meldepflichten. Eine davon bezieht sich auf eine „außergewöhnliche Entwicklung im Verlauf der Behandlung“. Sie haben das einen „nicht erwartbaren Verlauf“ genannt. Aber das ist doch dieses Kriterium. Genau dafür ist dieser Punkt eingeführt worden.

Die Punkt „außergewöhnliche Entwicklung im Verlauf der Behandlung“ ist ein Versuch – der aber schlecht funktioniert, muss ich ganz ehrlich sagen -, einen Fall wie Niels Högel möglichst zu erkennen.

Wenn z. B. jemand, der mit einem Leberleiden ins Krankenhaus kam, dem es aber einigermaßen gut ging, plötzlich an Herzversagen stirbt – meiner Meinung nach wäre das eine „außergewöhnliche Entwicklung“, also ein meldepflichtiger Fall.

Warum sind die Fälle in Oldenburg nicht gemeldet worden? Das verstehe ich nicht.

Abg. **Dr. Marco Genthe** (FDP): Noch einmal die Frage: Haben Sie aufgrund der Erkenntnisse die Abläufe in der MHH geändert? Obduzieren Sie jetzt 15 % der Todesfälle in der MHH?

Prof. **Dr. Michael Klintschar**: Nein, wir obduzieren leider nicht 15 % der Todesfälle in der MHH, und auch die Kollegen von der Pathologie tun das

nicht. Das, was ich gesagt habe, ist ja nicht die Meinung der MHH, sondern meine Meinung und die Meinung der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin.

Das heißt aber nicht, dass es in der MHH kein großes Interesse an dieser Problematik gäbe. Mein Kollege von der Pathologie, Herr Dr. Kreipe, hat schon vor zwei Jahren eine Tagung der Leopoldina organisiert - die aber dann wegen Corona nicht stattgefunden hat -, in der es um genau diese Fragestellung gehen sollte. Durch das Zusammenziehen sehr unterschiedlicher Meinungen, auch basierend auf Erfahrungen, die nicht nur ich, sondern auch ein klinischer Kollege in der MHH mit Niels Högel gemacht haben, sollte versucht werden, eine Empfehlung für die Politik zu erarbeiten, was passieren sollte.

Abg. **Dr. Marco Genthe** (FDP): Wenn all diese Erkenntnisse in der MHH vorliegen, finde ich es überraschend, dass keine Konsequenzen daraus gezogen werden.

Damit komme ich zu meinem fünften Punkt: Eine mögliche Konsequenz, die auch Sie vorgeschlagen haben, wären Mortalitätskonferenzen; so haben Sie das genannt. Das erachte auch ich für sinnvoll.

Allerdings gibt es das schon. In dem Projekt in Oldenburg werden unerwartete Todesfälle sozusagen einem innerbetrieblichen Qualitätsmanagement übergeben. Unter Beteiligung des Krankenhausapothekers werden diese Fälle in regelmäßigen interdisziplinären Todesfallkonferenzen erörtert. Gegebenenfalls werden Therapieschemata nachjustiert. Was Sie vorgeschlagen haben, wird dort also schon gemacht.

Oder ist Ihr Vorschlag doch ein anderer? Was ist der Unterschied zwischen dem Projekt in Oldenburg und dem, was Sie vorschlagen? Und warum wird das in der MHH nicht genauso gemacht?

Prof. **Dr. Michael Klintschar**: Im Detail gibt es Unterschiede, auch wenn das sicherlich ähnliche Ideen sind. Es gibt viele mögliche Wege.

Der Knackpunkt ist aber die Unabhängigkeit der Mortalitätskonferenz, die in irgendeiner Art und Weise gewährleistet sein muss. Das ist an einer Universitätsklinik schon schwierig genug. Es muss gewährleistet sein - ich denke, das ist zu fordern -, dass Ärzte, die einen Verdacht haben und diesen durchexerzieren, keine dienstrechtlichen Probleme bekommen.

Ich weiß nicht, wie das in Oldenburg ist. Ich kenne das Delmenhorster Modell, weil ich es am Anfang begleitet habe. Wie das in Oldenburg umgesetzt ist, da habe ich kein Insiderwissen.

Aber das finde ich einen sehr sinnvollen Ansatz, genauso auch die Idee mit dem Anstaltsapotheker. Es müsste kontrolliert werden, welche Medikamente bestellt und verbraucht werden. Auch damit hätte man Niels Högel gut erkennen können.

Abg. **Ulf Prange** (SPD): Erst einmal vielen Dank, Herr Prof. Klintschar, für Ihre Stellungnahme und Ihre Erläuterungen!

Ich möchte kurz auf den Kollegen Genthe rekurrieren: Ich glaube, unser Ziel muss sein, zu einem System zu kommen, das funktioniert und insbesondere zu einem Entdeckungsrisiko führt. Denn es ist nun einmal die beste Prävention. Wenn die Menschen wissen, dass eine Straftat entdeckt werden kann, hat das eine generalpräventive Wirkung.

Ich finde, dass Sie einige ganz interessante Dinge gesagt haben. Über die Statistik ist in Bezug auf den Fall Högel schon einmal diskutiert worden. Wenn man seinen Medikamentenverbrauch erfasst hätte, hätte man wahrscheinlich auf ihn kommen können. Dieses Instrument könnte man vielleicht kurzfristiger umsetzen. Da haben Sie aber datenschutzrechtliche Probleme angesprochen. Können Sie das ein bisschen konkretisieren? Haben Sie sich damit schon intensiver beschäftigt?

Mich interessieren auch die Stichproben, die Sie angesprochen haben. Wenn wir feststellen sollten, dass wir im Moment nicht so viele Ärzte haben, wie wir bräuchten, um ein flächendeckendes System hinzubekommen, könnten unter präventiven Gesichtspunkten Stichproben helfen.

Dann müsste man sich mit der Frage befassen, wie man solche Stichproben macht - das dürfte nicht nur an einem Standort sein, sondern müsste irgendwie über das Land gestreut sein - und an welchen Kriterien man so etwas festmacht. Ich glaube, das würde unter dem Aspekt des Entdeckungsrisikos zu einer deutlichen Verbesserung führen und das Vertrauen stärken.

Am Ende habe ich noch eine Bitte. Sie haben die Leopoldina und ihre Empfehlung an die Politik angesprochen. Wenn diese Empfehlung so weit ist, würden wir uns sehr freuen, wenn wir einen

Hinweis bekämen - gerne über die Landtagsverwaltung -, damit wir uns damit befassen können.

Prof. **Dr. Michael Klintschar**: Diese Tagung soll jetzt endgültig im Frühjahr stattfinden - so Corona will.

Ich habe aus den Gesprächen mit Kriminaldirektor Schmidt, der die Ermittlungen gegen Niels Högel geleitet hat, eine sehr eindrucksvolle Statistik mitgenommen: Pfleger Högel hatte sehr viel mehr Todesfälle pro Jahr als die Pfleger X, Y und Z.

Das heißt, wenn man eine solche Statistik führen würde, könnte man ein schwarzes Schaf sehr schnell identifizieren. Aber natürlich ist eine solche Statistik bedenklich. Sie könnte dazu führen, dass ein Pfleger, der einfach nur Pech gehabt hat, gekündigt wird: Dieser Pfleger bringt uns Unglück, also kündigen wir ihn.

Meiner Meinung nach sollte ein unabhängiger Mortalitätsmanager der Einzige sein, der Einsicht in eine solche Statistik nehmen darf. Dann müsste meiner Meinung nach die Datensicherheit - ohne dass ich Datenschutzmanager bin - irgendwie durchboxbar sein.

Das würde unglaublich viel bringen. Ähnliches gilt sicherlich für die Statistik des Medikamentenverbrauchs.

Was die Stichproben angeht, gibt es eine Empfehlung, die nicht aus dem Bereich der Patientensicherheit kommt, sondern aus dem Bereich des allgemeinen Qualitätsmanagements. Da geht es um die Frage, wie verlässlich die klinischen Diagnosen der Todesursachen sind, die letztendlich in die Todesfallstatistik eingehen. Oft geht es da nur um die Frage, ob der Patient die eine oder die andere Herzkrankheit hatte.

Die Empfehlung lautet, 15 % aller in Krankenhäusern Verstorbenen zu obduzieren. Es hat zumindest vor zwei Jahren sogar Mittel vom Bund dafür gegeben: Um Obduktionen zu fördern, sollte jedes Krankenhaus, das die 15 % überschritt, 800 Euro pro Obduktion bekommen.

Allerdings sind diese 15 % so weit weg von der Realität - selbst an guten Universitätsklinika sind es eher 5 % -, dass diese 800 Euro meines Wissens kaum abgefordert wurden, vielleicht auch gar nicht.

Das heißt, es gibt sowieso die Forderung, dass ein wesentlicher Prozentsatz der Verstorbenen obduziert wird. So ist es auch in meinem Heimatland Österreich üblich. Ich bin da von den 15 % ausgegangen und habe sie im Hinblick auf die Machbarkeit auf 10 bis 15 % reduziert. Aber so hoch müsste der Anteil schon sein, um eine realistische Chance zu haben, jemanden einigermaßen am Anfang einer Tötungsserie zu erwischen.

Vors. Abg. **Andrea Schröder-Ehlers** (SPD): Ganz herzlichen Dank.

Ich muss jetzt mal ein bisschen auf die Uhr gucken. Wir sind schon eine halbe Stunde über die Zeit. Mir liegen noch zwei Wortmeldungen - von Frau Osigus und von Frau Kollenrott - vor. Wenn Sie einverstanden sind, rufe ich die beiden nacheinander auf, und dann können Sie abschließend antworten.

Abg. **Wibke Osigus** (SPD): Frau Vorsitzende, ich werde mich kurzfassen.

Herr Prof. Klintschar, herzlichen Dank! Ich stecke sicherlich nicht so tief im Thema wie Herr Dr. Genthe. Aber ich habe einmal Ihren Ansatz weitergedacht. Sie haben vorhin gesagt, dass es sinnvoll wäre, eine Infrastruktur zu schaffen und für Hilfskräfte zu sorgen, die man benötigt, um die Leichname zu drehen, und die bei der Untersuchung helfen. Ist das in irgendeiner Form zeitkritisch? Müsste man den Leichnam innerhalb einer bestimmten Frist in diesen Bereich transportieren, um den Totenkampf nachvollziehen zu können? Bauen sich z. B. Hormone, etwa Adrenalin, ab, wenn es länger dauert? Oder konserviert sich der Hormonstatus, sodass es nicht so sehr darauf ankommt, ob es eine Woche oder zwei dauert? Muss die Infrastruktur also in Rufweite geschaffen werden, oder sind Verzögerungen da möglich?

Abg. **Marie Kollenrott** (GRÜNE): Vielen Dank auch von meiner Seite für die Ausführungen.

Mir ist nicht wirklich klar, welche Handlungsnotwendigkeiten nun bestehen. Darüber werden wir sicherlich noch diskutieren müssen. Sehr spannend finde ich die Frage: Wer müsste eigentlich eine Mortalitätskonferenz einrichten? Wer müsste daran teilnehmen?

Es gibt sicherlich Studien zu der Frage, wie hoch eine normale Mortalitätsrate ist. Sie haben vor der Gefahr gewarnt, dass auf einen Pfleger, der einfach nur Pech hat, mit dem Finger gezeigt wird und dass dieser im Zweifel auch entlassen wer-

den könnte. Das sollte natürlich vermieden werden. Aber bei einer Konferenz oder einem Austausch von Experten müsste zumindest das Vieraugenprinzip gelten. Dann könnte man gemeinsam zu einer Einschätzung kommen.

Ich frage mich: Wie kann das Land, wie können wir dabei helfen, so etwas einzurichten? Und was für Experten müssten für eine solche Bewertung zusammenkommen? Was für Handlungsnotwendigkeiten leiten sich aus diesen Erkenntnissen ab, die ich durchaus spannend finde?

Prof. Dr. Michael Klintschar: Zu der Zeitfrage: Das ist in gewissem Maße zeitkritisch. In vielen solchen Modellen wird eine Frist von 24 Stunden angestrebt. 48 Stunden wären wahrscheinlich auch okay. Aber länger sollte es nicht dauern. Es hat keinen Sinn, mit der Untersuchung erst nach einer Woche zu beginnen. Das hat weniger damit zu tun, dass irgendwelche Stoffe verschwinden - die meisten Stoffe sind einigermaßen stabil -, sondern eher damit, dass man aus ermittlungstaktischen Gründen so früh wie möglich ansetzen muss. Es würde so schon lang genug dauern, bis alles ausgewertet ist. Man hat also eine gewisse Zeit, aber man hat nicht alle Zeit der Welt.

Zu den Handlungsnotwendigkeiten: Ich bin nicht gegen die qualifizierte Leichenschau. Wenn man es besser machen möchte, dann ist die qualifizierte Leichenschau ein Schritt in die richtige Richtung, der aber nicht ausreicht.

Für die qualifizierte Leichenschau müsste man Ärzte beauftragen. Es müsste wahrscheinlich einen Organisator auf Landesebene geben. Es müsste Geld hineingepumpt werden.

Aber es müsste auch eine Struktur geschaffen und aufrechterhalten werden, um Obduktionen und toxikologische Untersuchungen durchzuführen. Das ist meiner Meinung nach unbedingt notwendig. Grundstrukturen bestehen natürlich bereits - die pathologischen Institute und die rechtsmedizinischen Institute. Die müssten aber zusätzliches Personal und zusätzliche Räume bekommen.

In vielerlei Hinsicht würde es schon ausreichen, wenn im Bestattungsgesetz nicht nur stehen würde, dass eine klinische Obduktion möglich ist, sondern auch, wer sie bezahlt. In meiner Heimat, in Österreich, bezahlt sie die Kommune. Das wäre eine Möglichkeit. Aber es gäbe natürlich auch andere Möglichkeiten.

Das ist Teil der Rechtssicherheit. Wie das Land für neue Polizeiautos zahlt, so müsste es auch für Obduktionen zahlen. Dann würde sich mit ein bisschen politischem Druck wahrscheinlich schon die Struktur herausbilden.

Klar ist: Das wird nicht von heute auf morgen funktionieren. Auch der Antrag geht ja davon aus, dass man Schritt für Schritt vorgehen muss. Man müsste daher langsam beginnen, wahrscheinlich indem man weitere Pilotprojekte in weiteren Bereichen aufbaut.

*

Vors. Abg. **Andrea Schröder-Ehlers** (SPD): Ich bedanke mich ganz herzlich bei Ihnen, Herr Schriever und Herr Prof. Klintschar, für die ausführlichen Stellungnahmen, die wir heute gehört haben. Sie wissen, das Thema beschäftigt diesen Ausschuss schon seit Jahren. Ich gehe davon aus, dass die Erkenntnisse, die wir heute gewonnen haben, in den Fraktionen beraten werden und die Debatte hier im Ausschuss weitergeführt wird. Herzlichen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben!

Tagesordnungspunkt 3:

Verfassungsgerichtliche Verfahren

- a) Organstreitverfahren der Mitglieder des Landtages Dana Guth, Jens Ahrends und Stefan Wirtz gegen den Niedersächsischen Landtag wegen Verstoßes der Geschäftsordnung des Niedersächsischen Landtages gegen die Artikel 7 und 19 der Niedersächsischen Verfassung

StGH 3/21

- b) Organstreitverfahren (Eilverfahren) der Mitglieder des Landtages Dana Guth, Jens Ahrends und Stefan Wirtz gegen den Niedersächsischen Landtag wegen Verstoßes der Geschäftsordnung des Niedersächsischen Landtages gegen die Artikel 7 und 19 der Niedersächsischen Verfassung

StGH 4/21

zur Beratung und Berichterstattung überwiesen mit Schreiben der Präsidentin vom 19.11.2021

Beginn der Beratung

MR **Dr. Miller** (GBD) trug vor, in den beiden vorliegenden Verfahren - einem Hauptsacheverfahren und einem Eilverfahren - strebten drei fraktionslose Abgeordnete die Feststellung an, dass die Geschäftsordnung des Landtages ihnen nicht die ihnen zustehenden Rechte als Mitglieder des Landtages gewähre. In beiden Verfahren habe der Staatsgerichtshof dem Landtag Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben, nicht aber ausdrücklich um eine Antragserwiderung gebeten.

Die vom Staatsgerichtshof gesetzte Frist zur Stellungnahme in dem Eilverfahren ende am 13. Dezember 2021, dem ersten Tag des Dezember-Plenums. Wenn das Plenum eine Stellungnahme beschließen solle, müsse dieser Ausschuss seine Beschlussempfehlung spätestens in der Sitzung am 8. Dezember 2021 fassen.

In dem Hauptsacheverfahren laufe die Frist am 20. Januar 2021 aus. Da das Januar-Plenum erst eine Woche später stattfinden solle, müsste eine Stellungnahme ebenfalls im Dezember-Plenum beschlossen werden, wenn nicht der Staatsgerichtshof um eine Fristverlängerung ersucht werden solle.

Der Vertreter des Gesetzgebungs- und Beratungsdienstes erinnerte an das in der letzten Sitzung behandelte Verfahren (StGH 2/21) und erklärte, aufgrund seiner Neutralitätspflicht könne der GBD auch in diesen beiden Verfahren keine Stellungnahme des Landtages entwerfen. Dies sei Sache der Fraktionen, wenn es sich um Verfahren handele, in denen ein Teil des Landtages gegen den Landtag prozessiere. Anders sei es, wenn die Präsidentin des Landtages Antragsgegnerin sei, denn der GBD nehme für diese auch die Aufgabe eines Justizariats wahr.

Auf eine Frage des Abg. **Dr. Marco Genthe** (FDP) hin erklärte Abg. **Ulf Prange** (SPD), er gehe davon aus, dass die Parlamentarischen Geschäftsführer der Fraktionen die beiden Verfahren besprechen würden. Falls man eine Stellungnahme im Hauptsacheverfahren in Aussicht nehmen werde, werde man wahrscheinlich den Staatsgerichtshof um Fristverlängerung bitten.

Der **Ausschuss** kam überein, die Beratung über die beiden Verfahren in der nächsten Sitzung fortzusetzen.

Tagesordnungspunkt 4:

Entwurf eines Gesetzes über eine Umwandlung des Calenberg-Göttingen-Grubenhagen-Hildesheim'schen ritterschaftlichen Kreditvereins und des Ritterschaftlichen Kreditinstituts Stade

Gesetzentwurf der Landesregierung -
[Drs. 18/9918](#)

direkt überwiesen am 14.09.2021

federführend: AfHuF;

mitberatend: AfRuV

Mitberatung

Beratungsgrundlage: Beschlussempfehlung des federführenden Ausschusses (Annahme in der Fassung der Vorlage 1)

MR **Dr. Miller** (GBD) teilte mit, der - federführende - Ausschuss für Haushalt und Finanzen habe seine Beschlussempfehlung einstimmig gefasst.

Er legte dar, in Niedersachsen gebe es noch zwei ritterschaftliche Kreditinstitute. Diese seien derzeit als Anstalten öffentlichen Rechts verfasst. Der Gesetzentwurf sehe vor, den Anstaltsträgern zu erlauben, die Institute in Aktiengesellschaften umzuwandeln. Nach der Rechtsprechung des Oberlandesgerichts Celle bedürfe eine solche Umwandlung einer ausdrücklichen landesgesetzlichen Ermächtigung, die der Gesetzentwurf enthalte.

Er führte den Ausschuss sodann in die Vorlage 1 ein.

Beschluss

Der **Ausschuss** schloss sich der Beschlussempfehlung des federführenden Ausschusses an, den Gesetzentwurf in der Fassung der Vorlage 1 anzunehmen.

Zustimmung: SPD, CDU, GRÜNE, FDP

Ablehnung: -

Enthaltung: -

Tagesordnungspunkt 5:

Entwurf eines Gesetzes über die Beantwortung von Auskunftsverlangen öffentlicher Stellen durch die berufsständischen Versorgungseinrichtungen

Gesetzentwurf der Landesregierung - [Drs. 18/10269](#)

direkt überwiesen am 25.11.2021
AfRuV

Beginn der Beratung

RiLG **Dr. Wehage** (MJ) trug vor, mit dem Gesetz zur Verbesserung des Schutzes von Gerichtsvollziehern vor Gewalt sowie zur Änderung weiterer zwangsvollstreckungsrechtlicher Vorschriften und zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes vom 7. Mai 2021 habe der Bundesgesetzgeber vom 1. Januar 2022 die Ermittlungsbefugnisse der Gerichtsvollzieher im zivilprozessualen Vollstreckungsverfahren sowie die Ermittlungs- und Abfragebefugnisse der Vollstreckungsbehörden nach dem Verwaltungsvollstreckungsgesetz des Bundes erweitert. Ähnliche Ermittlungsbefugnisse sehe auch das Auslandsunterhaltsgesetz vor. Die erweiterte Vorschrift in § 755 Abs. 2 der Zivilprozessordnung sei auch im Rahmen der Betreibung von Forderung nach dem Justizbeitreibungsgesetz anzuwenden. Ferner könnten die Insolvenzgerichte künftig anstelle des Gerichtsvollziehers eigene Abfragen vornehmen.

Der Bundesgesetzgeber habe damit zwar Abfragebefugnisse geregelt, nicht aber damit korrespondierende Übermittlungspflichten berufsständischer Versorgungseinrichtungen. Die Gesetzgebungszuständigkeit hierfür liege nämlich bei den Ländern.

Der Gesetzentwurf regle ebendiese Übermittlungspflichten. Er sehe übereinstimmende Regelungen im Gesetz über das Rechtsanwaltsversorgungswerk, im Ingenieurgesetz, im Gesetz über die Versorgung der Steuerberater und Steuerbevollmächtigten und im Kammergesetz für die Heilberufe vor. Das Gesetz solle zum 1. Januar 2022 in Kraft treten, um zu vermeiden, dass die vom Bundesgesetzgeber zu diesem Termin eingeführten Abfragebefugnisse leerliefen.

Abg. **Dr. Marco Genthe** (FDP) fragte, ob die Landesbeauftragte für den Datenschutz Beden-

ken gegen den Gesetzentwurf geäußert habe. - RiLG **Dr. Wehage** (MJ) verneinte dies.

Abg. **Ulf Prange** (SPD) stellte fest, dass die von der Landesregierung durchgeführte Verbandsbeteiligung keine durchgreifenden Bedenken gegen den Gesetzentwurf ergeben habe. Er sprach sich dafür aus, eine Verabschiedung des Gesetzentwurfes durch das Dezember-Plenum anzustreben, und bat den Gesetzgebungs- und Beratungsdienst um eine erste Einschätzung des Gesetzentwurfes.

MR **Dr. Miller** (GBD) erklärte, der Gesetzentwurf sei aus Sicht des GBD gut vorbereitet. In rechtsförmlicher Sicht sei zu ihm wenig anzumerken. Nur im Hinblick auf das Doppeltürmodell des Bundesverfassungsgerichts habe sich eine Rechtsfrage ergeben. Dazu habe sich der GBD bereits mit dem Justizministerium ausgetauscht. Er könne dem Ausschuss daher kurzfristig eine Vorlage mit seinen Anmerkungen und Formulierungsvorschlägen zu dem Gesetzentwurf unterbreiten.

Der **Ausschuss** kam überein, die Gesetzesberatung in der Sitzung am 8. Dezember 2021 abzuschließen.

Tagesordnungspunkt 6:

Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Niedersächsischen Wassergesetzes und anderer Gesetze sowie zur Aufhebung wasserrechtlicher Verordnungen

Gesetzentwurf der Landesregierung - [Drs. 18/9917](#)

direkt überwiesen am 14.09.2021

federführend: AfUEBuK;

mitberatend: AfRuV, AfHuF

dazu gemäß § 23 Abs. 1 S. 2 GO LT:

Unser Wasser schützen, Klimavorsorge treffen, Nutzungskonflikte vermeiden

Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen - 18/10007

Mitberatung

Beratungsgrundlage: Beschlussempfehlung des federführenden Ausschusses (Annahme in der Fassung der Vorlage 16)

MDgt **Dr. Wefelmeier** (GBD) berichtete, der - federführende - Ausschuss für Umwelt, Energie, Bauen und Klimaschutz habe seine Beschlussempfehlung mit den Stimmen der Fraktionen der SPD, der CDU und der FDP gegen die Stimme des Ausschussmitglieds der Fraktion der Grünen gefasst.

Die empfohlenen Änderungen seien nicht von größerer rechtlicher Bedeutung.

Zu Artikel 1 Nr. 31 - § 97 des Wassergesetzes, Übergang der Abwasserbeseitigung auf juristische Personen des öffentlichen Rechts - teilte das Mitglied des Gesetzgebungs- und Beratungsdienstes mit, bei der Zusammenstellung der Beschlussempfehlung sei aufgefallen, dass in dem Formulierungsvorschlag zu Absatz 1 Satz 2, den der GBD in Vorlage 14 unterbreitet habe, drei Wörter gefehlt hätten. Dort laute der Satz:

Die Übertragung ist nur zulässig, wenn der neue Aufgabenträger die Aufgabe vollständig übernimmt.

Richtig müsse es heißen:

Die Übertragung ist nur zulässig, wenn der neue Aufgabenträger die Aufgabe *in einem Gebiet* vollständig übernimmt.

Die entsprechende Regelungsabsicht sei dem federführenden Ausschuss vorgetragen worden und dort nicht auf Widerspruch gestoßen.

Der **Ausschuss** war damit einverstanden, die Beschlussempfehlung entsprechend zu ergänzen.

Beschluss

Mit dieser Maßgabe schloss sich der **Ausschuss** der Beschlussempfehlung des federführenden Ausschusses an.

Zustimmung: SPD, CDU, FDP

Ablehnung: GRÜNE

Enthaltung: -

Tagesordnungspunkt 7:

Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Niedersächsischen Kommunalverfassungsgesetzes und anderer Gesetze

Gesetzentwurf der Fraktion der SPD und der Fraktion der CDU - [Drs. 18/10246](#)

direkt überwiesen am 16.11.2021

federführend: AfluS;

mitberatend: AfRuV, AfELuV

Einstimmig erweiterte der **Ausschuss** die Tagesordnung um diesen Punkt.

Mitberatung

Beratungsgrundlagen:

- *Änderungsvorschlag der Fraktionen der SPD und der CDU (Vorlage 1)*
- *Formulierungsvorschläge und Anmerkungen des Gesetzgebungs- und Beratungsdienstes (Vorlage 2)*
- *Stellungnahme der Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Spitzenverbände (Vorlage 3) samt ergänzender Stellungnahme des Städtetages (1. Nachtrag)*

MDgt **Dr. Wefelmeier** (GBD) trug vor, der vorliegende Gesetzentwurf solle dazu dienen, verschiedene landesgesetzliche Regelungen wieder in Kraft zu setzen, die wegen des Auslaufens der epidemischen Lage von nationaler Tragweite seit der letzten Woche nicht mehr anwendbar seien. Insbesondere solle wieder die Möglichkeit geschaffen werden, Mitglieder kommunaler Gremien per Videokonferenztechnik zu Sitzungen zuzuschalten.

Die Beratungen im - federführenden - Ausschuss für Inneres und Sport seien noch nicht abgeschlossen. Die Landesregierung habe inzwischen jedoch darum gebeten, den Landtag zu einer Sondersitzung einzuberufen, die am 7. Dezember 2021 stattfinden solle, und die Parlamentarischen Geschäftsführer aller vier Fraktionen hätten den Wunsch geäußert, den vorliegenden Gesetzentwurf bereits in jener Sondersitzung zu verabschieden.

Größere rechtliche Probleme werfe der Gesetzentwurf nicht auf, legte das Mitglied des Gesetz-

gebungs- und Beratungsdienstes dar. In den Artikeln gehe es im Wesentlichen darum, pandemiebedingte Regelungen so zu ändern, dass sie auch dann Anwendung finden könnten, wenn keine epidemische Lage festgestellt sei.

Herr Dr. Wefelmeier machte darauf aufmerksam, dass der Änderungsvorschlag der Koalitionsfraktionen in Vorlage 1 vorsehe, in Artikel 1 - Änderung des Niedersächsischen Kommunalverfassungsgesetzes - die Nr. 1 zu streichen. Die dort vorgesehene dauerhafte Regelung der Zuschaltung von Teilnehmern zu Sitzungen kommunaler Gremien solle in einem gesonderten Gesetzgebungsverfahren ohne Zeitdruck erörtert werden.

Die Formulierungsvorschläge des GBD in Vorlage 2 seien rechtsförmlicher und klarstellender Natur, etwa hinsichtlich des Inkrafttretens.

Die kommunalen Spitzenverbände hätten in Vorlage 3 darum gebeten, den Gesetzentwurf um die Änderung weiterer Regelungen zu ergänzen, die ebenfalls wegen des Auslaufens der epidemischen Lage nicht mehr anwendbar seien. Ob der federführende Ausschuss in seiner morgigen Sitzung dieser Bitte folgen werde, sei noch nicht absehbar. Mit Änderungen, die schwerwiegende Rechtsprobleme aufwürfen, sei aber aus Sicht des GBD nicht zu rechnen.

Aus rechtlicher Sicht spreche nach alledem nichts dagegen, die Mitberatung bereits in der heutigen Sitzung abzuschließen.

Abg. **Ulf Prange** (SPD) sprach sich dafür aus, wieder einen klaren Rechtsrahmen für Hybrid-sitzungen kommunaler Gremien zu schaffen. Angesichts der Stellungnahme des GBD regte er an, die Mitberatung ohne Votum abzuschließen.

Einvernehmlich schloss der **Ausschuss** die Mitberatung ohne Votum ab.

Tagesordnungspunkt 8:

a) **Kriminelle Familienclans in Niedersachsen konsequent bekämpfen**

Antrag der Fraktion der SPD und der Fraktion der CDU - [Drs. 18/6761](#)

erste Beratung:

80. Plenarsitzung am 02.07.2020

AfRuV

b) **Konsequentes Vorgehen gegen kriminelle Familien-Clans**

Antrag der Fraktion der FDP - [Drs. 18/1521](#)

erste Beratung:

25. Plenarsitzung am 13.09.2018

federführend: AfRuV;

mitberatend: AfHuF;

Stellungnahme: AfluS

zuletzt beraten in der 55. Sitzung am 09.09.2020

Fortsetzung der Beratung

Abg. **Dr. Marco Genthe** (FDP): In der 55. Sitzung haben MJ, MI und MU Stellung genommen. Die Schwerpunktstaatsanwaltschaften, die ständigen Ermittlungsgruppen usw. waren nicht mehr umstritten.

In den Bereichen der Vermögensabschöpfung und des Vorkaufsrechts bei Grundstücksgeschäften sollte jedoch noch nachgearbeitet werden. So habe ich das Fazit jedenfalls verstanden. Es wäre sinnvoll, dass wir uns nach den Haushaltsberatungen - jetzt haben wir noch genug auf dem Zettel - über den Stand der Dinge bezüglich dieser Instrumente noch einmal unterrichten lassen, darüber, was die Ministerien da noch gemacht haben. Gerade die Vermögensabschöpfung halte ich für ein sehr wichtiges Instrument zur Bekämpfung der organisierten Kriminalität.

Abg. **Christian Calderone** (CDU): Wir haben Ihren Entschließungsantrag mehrfach in diesem Ausschuss betrachtet. Die Koalitionsfraktionen sind in den Haushaltsberatungen der letzten Jahre schon aktiv geworden und haben da wesentliche Punkte auf den Weg gebracht, nämlich die Schwerpunktstaatsanwaltschaften und die Sicherheitspartnerschaften zwischen Kommunen, dem Land und dem Bund für ein konzertiertes Vorgehen gegen die Clankriminalität.

Wir stehen noch vor zwei großen Herausforderungen, die der Landesgesetzgeber aber nicht lösen kann: Bei den Themen Vorkaufsrecht und Vermögensabschöpfung sind wir auf den Bund angewiesen. In den Nrn. 5 und 6 ihres Entschließungsantrages haben die Fraktionen der SPD und der CDU diese Punkte aufgeführt und die Landesregierung insoweit zum Handeln aufgefordert.

Aus meiner Sicht wurde der gesamte Komplex der Bekämpfung der Clankriminalität hinreichend betrachtet, sodass wir keine weitere Unterrichtung brauchen. Wir meinen, die Anträge sind entscheidungsreif.

Die zwei Komplexe Verkaufsrecht und Vermögensabschöpfung können wir noch gesondert betrachten. Unser Antrag ist generalistisch gehalten und spricht alle Punkte an, die wir bei der Bekämpfung der Clankriminalität für wichtig halten.

Darauf, das so intensiv zu betrachten, hat uns sicherlich der Entschließungsantrag der Fraktion der FDP gebracht. Aber wir sind dann halt irgendwann besser geworden. Zu diesem generalistischen Entschließungsantrag bedarf es keiner weiteren Unterrichtung.

Abg. **Sebastian Zinke** (SPD): Ich kann mich dem anschließen, zumal der Entschließungsantrag auffordernden Charakter hat, auch hinsichtlich der Punkte Vermögensabschöpfung und kommunale Verkaufsrechte. Wenn der Landtag diesen Antrag annimmt, dann fordert er die Landesregierung auf, entsprechend tätig zu werden. Im Anschluss kann man sich dann unterrichten lassen, was daraus geworden ist.

Beschluss

Der **Ausschuss** empfahl dem Landtag, den Antrag der Fraktionen der SPD und der CDU unverändert anzunehmen.

Zustimmung: SPD, CDU

Ablehnung: -

Enthaltung: GRÜNE, FDP

Der - federführende - Ausschuss empfahl dem Landtag, den Antrag der Fraktion der FDP abzulehnen.

Zustimmung: SPD, CDU

Ablehnung: GRÜNE, FDP

Enthaltung: -

Letzterer Beschluss erging vorbehaltlich der Zustimmung des - mitberatenden - Ausschusses für Haushalt und Finanzen.

Auf eine Berichterstattung verzichtete der Ausschuss.
