

N i e d e r s c h r i f t

über die gemeinsame - öffentliche - Sitzung

des Ausschusses für Rechts- und Verfassungsfragen (41. Sitzung, erster Teil)¹

und des Ausschusses für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung (50. Sitzung)

am 7. November 2024

Hannover, Landtagsgebäude

Tagesordnung:

Seite:

Qualifizierte Leichenschau in Niedersachsen in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen einführen!

Antrag der Fraktion der CDU - [Drs. 19/4563](#)

Unterrichtung durch die Landesregierung..... 3

Aussprache 4

Verfahrensfragen..... 9

¹ Über den zweiten Teil der Sitzung des Ausschusses für Rechts- und Verfassungsfragen wird eine gesonderte Niederschrift gefertigt.

Anwesend:**Mitglieder des Ausschusses für Rechts- und Verfassungsfragen**

1. Abg. Jan Schröder (SPD), stellvertretender Vorsitzender
2. Abg. Brian Baatzsch (SPD)
3. Abg. Constantin Grosch (SPD)
4. Abg. Antonia Hillberg (SPD)
5. Abg. Ulf Prange (SPD)
6. Abg. Julius Schneider (SPD)
7. Abg. Christian Calderone (CDU)
8. Abg. Carina Hermann (CDU)
9. Abg. Martina Machulla (CDU)
10. Abg. Jens Nacke (CDU)
11. Abg. Uwe Schünemann (in Vertretung des Abg. Christoph Plett) (CDU)
12. Abg. Volker Bajus (GRÜNE)
13. Abg. Evrim Camuz (GRÜNE)
14. Abg. Thorsten Paul Moritze (AfD)

Mitglieder des Ausschusses für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung:

1. Abg. Oliver Lottke (SPD), Vorsitzender
2. Abg. Marten Gäde (SPD)
3. Abg. René Kopka (in Vertretung des Abg. Karin Emken) (SPD)
4. Abg. Andrea Prell (SPD)
5. Abg. Julia Retzlaff (SPD)
6. Abg. Claudia Schüßler (SPD)
7. Abg. Jan Bauer (CDU)
8. Abg. Eike Holsten (CDU)
9. Abg. Laura Hopmann (CDU)
10. Abg. Sophie Ramdor (CDU)
11. Abg. Thomas Uhlen (CDU)
12. Abg. Dr.in Tanja Meyer (GRÜNE)
13. Abg. Swantje Schendel (GRÜNE)
14. Abg. Delia Klages (AfD)

Von der Landtagsverwaltung:

Ministerialrätin Obst.

Niederschrift:

Regierungsdirektor Dr. Bäse,
Regierungsdirektor Weemeyer, Stenografischer Dienst.

Sitzungsdauer: 13:04 Uhr bis 13:47 Uhr.

Tagesordnung:

Qualifizierte Leichenschau in Niedersachsen in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen einführen!

Antrag der Fraktion der CDU - [Drs. 19/4563](#)

Direkt überwiesen am 12.06.2024

federführend: AfRuV;

mitberatend: AfluS, AfSAGuG

im federführenden Ausschuss zuletzt behandelt in der 35. Sitzung am 14.08.2024

Unterrichtung durch die Landesregierung

Leitender Ministerialrat **Holzapfel** (MS) trägt die zentralen Inhalte des Unterrichtungstextes (**Anlage 1**) vor.

Im Zusammenhang mit der Darstellung des Pilotprojekts der Josef-Hospital Delmenhorst gGmbH und des Evangelischen Stadtkrankenhauses Oldenburg - die Einführung einer „forensischen Leichenschau“ (Anlage 1, Abschnitt I) - trägt er ergänzend vor:

Ich konnte dieses Thema der qualifizierten Leichenschau sowohl mit Herrn Professor Birkholz, dem Geschäftsführer und Rektor des Leichenschaudienstes, als auch mit einem Oberarzt des Klinikums Delmenhorst besprechen. Es ist mitnichten so, dass es sich hierbei um externes Personal handelt, sondern der Oberarzt des Klinikums Delmenhorst wird im Falle einer qualifizierten Leichenschau von seiner Station in die Pathologie gehen und dort die zweite Leichenschau im Auftrag des Leichenschaudienstes durchführen.

Das heißt, es gibt kein zusätzliches Personal im System, sondern es wird aus dem bereits bestehenden Personalkörper dieses Krankenhauses jemand in Nebentätigkeit mit der Leichenschau beauftragt. Das heißt aber auch, dass diese Ärztin bzw. dieser Arzt in dem Moment nicht für die medizinische Versorgung der lebenden Patienten zur Verfügung. Das heißt ferner, dass zwar ein Vier-Augen-Prinzip zum Tragen kommt, aber die beiden Beteiligten stammen im Grunde genommen aus demselben Krankenhaus.

Außerdem handelt es sich um ein regional begrenztes Projekt. Die Plausibilitätsprüfung, die durch den Leichenschaudienst anhand der beiden ausgefüllten Totenscheine und der Anlagen, ist von daher vom Umfang her leistbar. Aber der Antrag zielt auf eine landesweite Einführung in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen ab. Mit der Einführung einer entsprechenden gesetzlichen Verpflichtung ergäbe sich ein erhebliches Ressourcenproblem.

Aussprache²

Abg. **Christian Calderone** (CDU): Vielen Dank für die Unterrichtung. Im Rechtsausschuss befassen wir uns mit dieser Fragestellung schon etwas länger und kennen auch die Position des MS. Selbstverständlich wissen wir auch, was der Sonderausschuss „Stärkung der Patientensicherheit und des Patientenschutzes“ seinerzeit in der 17. Wahlperiode erarbeitet hat - und dessen Empfehlungen zur Leichenschau sind nicht vollständig umgesetzt worden. Insofern bleibt das Thema aus unserer Sicht auf der Agenda.

Ich bin erstaunt, dass Ihr Ministerium die Notwendigkeit nicht sieht und die Krankenhäuser nicht verpflichten will, eine qualifizierte Leichenschau auf eigene Kosten einzuführen; denn gerade der Fall Niels Högel hat uns gezeigt, dass das Aufklärungsinteresse der Krankenhäuser begrenzt ist, insbesondere hinsichtlich der Frage, wie sehr das Image unter Ermittlungen zu unnatürlichen Todesfällen bei den Patientinnen und Patienten leiden könnte. Dieser Pfleger konnte dort über viele Jahre seinem widerlichen „Handwerk“ folgen.

Wir sehen also durchaus die Notwendigkeit der Einführung einer qualifizierten Leichenschau, wenn auch schrittweise. Wir sehen auch das Ressourcenproblem. Wir hätten es gerne gesehen, wenn das MS Wege aufgezeigt hätte, wie eine sinnvolle qualifizierte Leichenschau bei aller Kenntnisnahme der Ressourcen- und Kostenproblematik schrittweise eingeführt werden kann.

Sie haben dargestellt, dass in Niedersachsen im Durchschnitt 288 Leichenschauen pro Tag benötigt würden. Damit meinen Sie aber nicht nur diejenigen, die in stationären Einrichtungen, sondern auch diejenigen, die im häuslichen Umfeld verstorben sind?

LMR **Holzapfel** (MS): Das ist korrekt. Wir sind der Auffassung, dass das Problem bei einer Beschränkung der qualifizierten Leichenschau auf Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen nicht vollständig erfasst würde. Menschen werden auch zu Hause gepflegt. Behandlungsfehler können genauso im privaten Kontext auftreten.

Im Übrigen möchte ich darauf hinweisen, dass insbesondere der Fall Högel und die vom Delme-Klinikum daraus gezogenen Konsequenzen als Beispiel nicht wirklich geeignet sind. Auch wenn ich kein Arzt bin: Ein durch eine Infusion herbeigeführter Tod würde nicht durch eine zusätzliche Einstichstelle auffallen, wohl aber möglicherweise durch Verfärbungen unter der Haut usw., die man im Rahmen einer äußeren Leichenschau feststellen kann. Aber spätestens, wenn das nicht der Fall ist, wäre ja eine Obduktion erforderlich. Diese Thematik wird mit der Einführung einer qualifizierten Leichenschau überhaupt nicht abgedeckt. Dann müsste jede Leiche, bei der ein solcher Kontext bestehen kann, obduziert werden. Dann bestünde eine hundertprozentige Sicherheit.

Abg. **Claudia Schübler** (SPD): Vielen Dank für die Unterrichtung. Ich hatte nicht erwartet, dass Sie uns einen Weg aufzeigen, sondern bin froh, den Status quo kennengelernt zu haben. Über Wege zu Lösungen zu sprechen, ist auch unsere Aufgabe hier.

² Seine Antworten auf in der Aussprache gestellte Nachfragen hat das MS zusammen mit dem vollständigen Unterrichtungstext am 18. Dezember 2024 der Landtagsverwaltung übersandt. Sie sind dieser Niederschrift als **Anlage 2** beigelegt.

Als damals Herr Högel diese schlimmen Morde beging, gab es eine breite Debatte zu diesem Thema. Damals wurden auch Darstellungen bemüht, wie viele unentdeckte unnatürliche Todesfälle es wohl insgesamt gibt. Darin wurden horrenden Zahlen genannt. In diesem Zuge hat Bremen die qualifizierte Leichenschau eingeführt und verfügt daher vielleicht über entsprechende Erfahrungen. Können wir Zahlen zu den Ergebnissen aus Bremen erhalten? Sie könnten für die Debatte aufschlussreich sein.

LMR Holzapfel (MS): Entsprechende Zahlen reiche ich nach.

Abg. Dr.in Tanja Meyer (GRÜNE): Vielen Dank, Herr Holzapfel. Im Gegensatz zu Herrn Calderone ist dies für mich ein neuer Bereich. Ich fange erst an, mich intensiver mit dem Thema auseinanderzusetzen. Haben Sie deshalb bitte Verständnis für ein paar Fragen zu Aspekten, die den anderen vielleicht schon bekannt sind.

Sie sagten, dass es die Aussage „natürliche Todesursache“ nicht gibt. Was wird stattdessen angegeben? Wie wird dabei unterschieden? Wann wird man hellhörig?

Ich fand es in Ihren Ausführungen sehr hilfreich, dass Sie kurz den Unterschied zwischen einer Leichenschau und einer Obduktion angerissen haben. Das hilft zu erkennen, welche Möglichkeiten überhaupt bestehen, um auf Umstände aufmerksam zu werden, die aus dem Rahmen fallen und kriminalistisch verfolgt werden sollten, um gegebenenfalls einen Mord aufdecken zu können.

Sie sagten, dass ein Anstieg der Mortalitätsrate nicht erkennbar ist. Das hat mich vor dem Hintergrund der Coronapandemie etwas verwundert. Bitte erläutern Sie, was die Mortalitätsrate ist und wie sie sich abbildet. Ich benötige dazu ein paar Zahlen und Hintergrunddaten, um das Thema besser verstehen zu können; das kann auch gerne nachgeliefert werden.

Sie haben zwei aus meiner Sicht sehr wichtige Themen angesprochen:

Das ist erstens das Ressourcenproblem, gerade in den ländlichen Gebieten und gerade vor dem Hintergrund eines Mangels an Ärzt*innen und weiteren Fachkräften im medizinischen Bereich. Wie kann das zusammengehen, ohne die Sicherheit der Patient*innen zu gefährden?

Zweitens betrifft das die zu Hause gepflegten Menschen. Wir möchten Menschen, wenn sie aus natürlichen Ursachen sterben, ein gutes Umfeld schaffen, das hoffentlich häufig nicht das Krankenhaus ist. Wie können wir den Anliegen dieser Gruppe gerecht werden?

Nach meiner Wahrnehmung wurde das Thema bislang noch nicht differenziert genug in den Blick genommen, um belastbare Aussagen wirklich treffen zu können. Das Anliegen finde ich nichtsdestoweniger wichtig.

LMR Holzapfel (MS): Entsprechende Zahlen finden Sie auf Seite 7 der schriftlichen Unterrichtung, sie beziehen sich aber nur auf die Zeit bis 2022. Sie erfassen also nicht den gesamten Zeitraum der Coronapandemie.

Folgendes ist mir wichtig: Es ist nicht so, dass wir nicht glauben, dass es ein richtiges Anliegen ist, das Thema Leichenschau in den Fokus zu nehmen. Derzeit sind wir allerdings eher in der

Situation - das hat auch das Innenministerium im Vorfeld der heutigen Unterrichtung mitgeteilt -, dass die Einführung der Meldegründe, bei denen ein Arzt die Polizei oder die Staatsanwaltschaft zu informieren hat, zu einem derart erheblichen Anstieg von Ermittlungsansätzen geführt hat, dass hier eher darum geworben wird, das zu ändern. Die Frage ist, ob eine qualifizierte Leichenschau dieses Problem, was die polizeilichen Ressourcen angeht, lösen würde; das wage ich zu bezweifeln.

Letztendlich ist, wie Sie schon festgestellt haben, auch eine qualifizierte Leichenschau nur eine äußerliche Inaugenscheinnahme einer Leiche. Alle Spuren, die bei einer normalen Leichenschau nicht festgestellt werden können, würden auch im Rahmen einer qualifizierten Leichenschau nach dem Vieraugenprinzip nicht festgestellt werden. Gerade im Zusammenhang mit Todesfällen im Krankenhaus haben wir es oft mit einer Infusion zu tun. Wenn der Infusionslösung eine zusätzliche Substanz beigemischt wurde, gibt es keine zusätzliche Einstichstelle, auch nicht zwischen den Zehen oder an anderer versteckter Stelle.

Zu einem externen Leichenschaudienst: Zieht man das Modell Delmenhorst heran, so kann ich nicht erkennen, wo bei dem Versuch, eine Straftat zu vertuschen, eine Verbesserung eintritt, wenn ein Arzt desselben Krankenhauses - wenn auch für einen anderen Arbeitgeber in dem Moment - hinzutritt, um das Vieraugenprinzip zu realisieren.

Selbst wenn man bei allen Punkten mitgehen möchte und sich das MS für die Einführung dieses Verfahrens einsetzen würde, bliebe die Frage, wer das machen soll. Das Modell Delmenhorst wird nicht landesweit tragen. Ich halte es auch nicht für das geeignete, wenn wir über die Einführung einer qualifizierten Leichenschau reden.

Die Zahlen liefere ich Ihnen gerne nach, auch zur Mortalität.

Abg. **Christian Calderone** (CDU): Ich gebe Ihnen recht, dass die Frage bleibt, wer die qualifizierte Leichenschau durchführen soll. Deswegen war es mein Wunsch, dass sich das Ministerium dazu Gedanken macht. Man könnte ja auch über andere Lösungen, zum Beispiel durch den Einsatz weiteren qualifizierten Personals nichtärztlicher Art, nachdenken. Da sind viele Varianten denkbar; denn das Ressourcenproblem besteht. Ob das Modell Delmenhorst hilfreich ist, wage ich eher zu bezweifeln. Das ist auch nicht der Inhalt unseres Antrags. Eine doppelte In-House-Leichenschau halten wir gerade aufgrund der Vorgeschichte in Delmenhorst und Oldenburg rund um Niels Högel ebenfalls für eher schwierig. Aber das war für das Delmenhorster Krankenhaus nur ein Ausweg aus einer Sackgasse, um nach außen wieder eine gewisse Souveränität zu erlangen, die es aufgrund der Vorkommnisse nicht mehr hatte.

Sie haben zweimal auf den Reformbedarf hingewiesen, den das MI angemeldet hat. Sie haben auch auf den Gesprächsbedarf zwischen MS, MJ und MI hingewiesen. Dass es diesen gibt, ist zunächst einmal bedauerlich - man könnte ja einfach miteinander sprechen, zumal es sich um Ministerien der gleichen Couleur handelt. Bitte spezifizieren Sie diese Gesprächsbedarfe näher.

Sie hatten außerdem gesagt, das MI habe auf eine Zunahme von Ermittlungsansätzen hingewiesen. Wenn sogar medizinisch ungeschultes polizeiliches Personal Ermittlungsansätze sieht, dann müsste geschultes ärztliches Personal noch mehr Ermittlungsansätze sehen.

LMR **Holzapfel** (MS): Zunächst zu den Ermittlungsansätzen: Diese ergeben sich erst durch die Meldung einer Ärztin oder eines Arztes aufgrund der Meldegründe in der Todesbescheinigung. Die Polizei wird also aufgrund eines ärztlichen Hinweises tätig. Die Einführung dieser Meldepflichten aufgrund der Morde von Niels Högel hat zu einem Anstieg geführt.

Zwischen den beteiligten Ressorts erfolgt die Abstimmung durchaus. Allerdings sind die Interessenlagen nicht unbedingt kongruent; darauf hatte ich hingewiesen. Während es dem MI um den Anstieg der Ermittlungstätigkeit durch die Polizei geht, weist das MJ nicht ganz zu Unrecht auf ein Interesse an der Sachverhaltsaufklärung hin. Das hat also weniger etwas mit Couleur als mit der Fachlichkeit zu tun.

Wir halten an den Meldegründen, die aufgrund der Ereignisse in Delmenhorst eingeführt worden sind, fest. Das ist die fachliche Auffassung des Gesundheitsressorts dazu.

Abg. **Thomas Uhlen** (CDU): Jeder von uns hat bei der heutigen Unterrichtung und Beratung sicherlich das eine oder andere Geschehen vor Augen. Ich habe vor Augen, was im Juni vor dem Osnabrücker Landgericht verhandelt worden ist, nämlich den Fall eines Patienten im Ameos-Klinikum, der vermutlich durch einen an starker Demenz erkrankten Mitpatienten getötet worden ist. Die Schuldunfähigkeit stand sofort im Raum. Man weiß deshalb nicht, was dort passiert ist, weshalb es passiert ist, was plausibel ist, denn man hatte dort niemanden, der darüber wirklich sprechen konnte.

Von daher fragen wir uns, inwieweit solche Plausibilitätsprüfungen - warum zum Beispiel das Herzunterstützungssystem nicht wieder angefahren werden konnte, warum auch viel zu spät auf den Tod hingewiesen wurde - auf symptomatische Probleme und ungeklärte Hintergründe hinweisen könnten. All das führt dazu, dass es eine Unsicherheit in der Bevölkerung gibt, sich in manchen Einrichtungen aufzuhalten. Es geht hier nicht nur um kriminelle Pflegekräfte, sondern auch um Menschen, die sich in Unsicherheit fühlen, weil sie in Mitpatienten ein Sicherheitsrisiko sehen.

Meine Frage: Inwiefern könnten qualifizierte Leichenschauen dazu beitragen, früher aufzudecken, dass im System - aufgrund von Überlastung oder auch solcher Vorkommnisse - bei entsprechenden erkannten Problemen Abhilfe geschaffen werden muss?

LMR **Holzapfel** (MS): Ich halte weder eine qualifizierte Leichenschau noch überhaupt eine Leichenschau für geeignet, um zu derartigen Fragen eine Lösung zu finden. Denn im Rahmen einer Leichenschau würde festgestellt, wie eine Person zu Tode gekommen ist: Herzstillstand, Atemstillstand - sofern das durch eine äußere Leichenschau überhaupt festzustellen ist.

Wenn jemand im Kontext einer strafrechtlichen Unterbringung zu Tode kommt, wird immer eine Obduktion durchgeführt. Wenn jemand nach PsychKG in einer psychiatrischen Einrichtung untergebracht ist und dort verstirbt, wird diese Person in der Regel obduziert.

Sie sprechen hingegen die Frage einer Qualitätsstandardüberwachung in Krankenhäusern an: Wie oft wird kontrolliert, ob eine Herz-Lungen-Maschine angeschlossen ist? Wie oft wird kontrolliert, ob der Tropf durchgelaufen ist etc.? Das lässt sich nicht über die Feststellung einer Todesart - in welcher Qualität auch immer - lösen, sondern das ist eine Frage des Qualitätsmanagements im Krankenhaus, aber auch der Aufsicht.

Abg. **Christian Calderone** (CDU): Herr Holzapfel, Sie hatten bereits angekündigt, Mortalitätsdaten nachzureichen. Können Sie bei der Gelegenheit auch darstellen, wie viele von den durchschnittlich 288 Todesfällen je Tag in Niedersachsen ohnehin aufgrund von Kremierung oder anderweitiger Ermittlungsansätze obduziert werden? Die Frage ist also, über wie viele zusätzliche Leichen wir reden, also die bislang nicht obduzierten. Da immer mehr Menschen kremiert werden - das Bestattungsverhalten ändert sich -, werden auch immer mehr Obduktionen erforderlich.

Abg. **Evrin Camuz** (GRÜNE): Die CDU-Fraktion betont in dem Antrag insbesondere Todesfälle in Krankenhäusern. Dort bekommen kranke, sehr oft alte Menschen Medikamente, und sie bedürfen dem Antrag zufolge einer besonderen Aufmerksamkeit. Nach den Högel-Morden hat der Niedersächsische Landtag im Jahr 2018 das Niedersächsische Krankenhausgesetz novelliert und in dem Zusammenhang auch den Einsatz sogenannter Stationsapotheker in allen Kliniken angeordnet. Inwieweit hat das Gesundheitsministerium diese Regelung evaluiert? Mit dieser Regelung wollte man erreichen, dass schon ein auffälliger Medikamenteneinsatz - in Qualität und/oder Quantität - Anlass zum Eingreifen gibt. Das ist ein sehr präventiver Ansatz, den ich begrüße. Aber im Antrag wird behauptet, dass das zu keinem Ergebnis geführt habe. Hierzu interessiert mich eine fachliche Bewertung durch das MS.

LMR **Holzapfel** (MS): Ich bin nicht der Leiter des Krankenhausreferats, aber ich habe von dort im Vorfeld eine Stellungnahme eingeholt. Das Fachreferat führt an, wie Sie schon zutreffend dargestellt haben, dass seit dem 1. Januar 2023

- Stationsapothekerinnen und -apotheker in ausreichender Zahl als Beratungspersonen eingesetzt werden und für arzneimittelbezogene Fragestellungen zur Verfügung stehen müssen,
- in jedem Krankenhaus eine Arzneimittelkommission zu bilden ist, die eine Arzneimittelliste führt und das ärztliche und das pflegerische Personal berät,
- jedes Krankenhaus für jede Mitarbeiterin und jeden Mitarbeiter in der Patientenversorgung einen Plan zur Unterstützung bei berufsbezogenen Belastungen zu erstellen hat,
- jedes Krankenhaus ein anonymes Fehlermeldesystem vorzuhalten hat, in dem Verdachtsmomente für Fehlverhalten oder Straftaten im Krankenhausbetrieb angezeigt werden, ohne dass die Identität bekanntgegeben werden muss, und
- in jedem Krankenhaus zudem regelmäßig Konferenzen auch zur Erörterung von Todesfällen und besonders schweren Krankheitsverläufen durchzuführen sind, um mögliche Risiken früh zu erkennen.

Zur Durchsetzung dieser Pflichten kann das Gesundheitsressort Auskünfte verlangen, Anordnungen treffen und nach allgemeinen vollstreckungsrechtlichen Vorschriften durchsetzen. Diese Neufassung ist am 1. Januar 2023 in Kraft getreten. Daraus ergeben sich Anzeige- und Berichtspflichten. Wir haben aber bisher keine aktive Einzelprüfung vorgenommen. Wir können im Nachgang zur Sitzung prüfen, ob hierzu statistische Auswertungen vorliegen, aber allein schon aus Ressourcengründen prüfen wir ja nicht jedes einzelne Krankenhaus.

Abg. **Laura Hopmann** (CDU): Herr Holzapfel, Sie sagten, im MI sei man auf die angestiegene Zahl der Ermittlungsansätze infolge der Gesetzesänderung aufmerksam geworden. Wie viel Prozent der neu hinzugekommenen Ermittlungsansätze erweisen sich als falscher Alarm, also als Ansätze, die man fallenlassen kann, weil sich herausstellt, dass der Fall nicht strafrechtlich relevant ist?

LMR **Holzapfel** (MS): Dazu liegen mir keine Daten vor. Da müssen wir das Innenressort fragen.

Abg. **Christian Calderone** (CDU): Frau Kollegin Camuz, die Einführung des Stationsapothekers war ein Ausfluss aus dem Abschlussbericht des Sonderausschusses - aber nur einer unter recht vielen Forderungen. Wir wollen die nächsten Empfehlungen dieses Sonderausschusses schrittweise implementieren. Deswegen haben wir diesen Antrag gestellt.

Verfahrensfragen

Abg. **Christian Calderone** (CDU): Anknüpfend an das, was die Kollegin Hopmann gesagt hat, schlage ich vor, dass wir auch noch einmal das Innen- und das Justizministerium in der Sache hören. Herr Holzapfel, Sie haben eben dargelegt, dass es augenscheinlich unterschiedliche Interessenlagen gibt. Das MI merkt die Zunahme von Ermittlungsansätzen an. Da unterscheidet sich das Interesse auch von dem des MJ, das ein Strafermittlungsinteresse hat. Damit sich die beteiligten Ausschüsse ein komplettes Bild machen können, beantragen wir, auch das MI und das MJ um eine Unterrichtung zu dem Antrag zu bitten.

Vors. Abg. **Jan Schröder** (SPD): Ein Verfahrensvorschlag in dieser Richtung wäre auch von mir noch eingebracht worden. - Ich sehe zustimmendes Nicken bei SPD, Grünen und AfD. Dafür müssen wir einen weiteren gemeinsamen Sitzungstermin für beide Ausschüsse finden, und zwar mit einem angemessenen Zeitfenster. Ich schlage vor, nicht wieder in der Mittagspause einer Plenarsitzung zu tagen, auch wenn sich das anbietet, weil wir alle vor Ort sind.

Vors. Abg. **Oliver Lottke** (SPD): Wir haben bei der Terminfindung für diese Sitzung gemerkt, wie schwierig das ist. Daher empfehle als Termin die Mittagspause einer Plenarsitzung - oder einen Termin im Anschluss an eine Sitzung des Sozialausschusses.

Die **Ausschüsse** bitten die Landesregierung um eine Ergänzung der Unterrichtung um die das Ministerium für Inneres und Sport sowie das Justizministerium betreffenden Aspekte des Antrags. Auch dieser Teil der Unterrichtung soll in einer gemeinsamen Sitzung beider Ausschüsse entgegengenommen werden.

**Niedersächsisches Bestattungsgesetz über das Leichen-, Bestattungs- und Friedhofswesen (BestattG);
Schriftliche Unterrichtung des Niedersächsischen Landtages zum Entschließungsantrag der CDU-Fraktion zur qualifizierten Leichenschau (LT-Drs. 19/4563)**

Die Landesregierung ist der Auffassung, dass eine hohe Qualität der Leichenschau durch die gesetzlichen Regelungen im Bestattungsgesetz Niedersachsen und im Krankenhausgesetz Niedersachsen gewährleistet wird. Den Krankenhäusern kommt insofern Bedeutung zu, als sich nach den Feststellungen des Landesamtes für Statistik in Niedersachsen rund 40 % aller Todesfälle dort ereignen. So betrug die Anzahl der Todesfälle im Jahr 2023 in Krankenhäusern 42.403 bei einer Gesamtzahl von 105.071 Todesfällen in Niedersachsen. Anders als im Entschließungsantrag ausgeführt wird, sieht die Landesregierung die Krankenhäuser in Niedersachsen nicht als die Schwachstelle im Leichenschausystem an.

Zu dem im Entschließungsantrag angesprochenen unmittelbaren Handlungsbedarf ist daran zu erinnern, dass der Landtag sich bereits zeitnah nach Bekanntwerden der Mordserie von Niels Högel mit der Thematik befasst hat, indem er einen Sonderausschuss mit der Untersuchung betraut hat. Im schriftlichen Bericht des Sonderausschusses „Stärkung der Patientensicherheit und des Patientenschutzes“ wird die inzwischen im Bestattungsgesetz vorgenommene Einführung von Meldepflichten für typische Konstellationen der Leichenöffnung grundsätzlich begrüßt (LT-Drs. 17/5790, II. B. 1.5.3).

I. Pilotprojekt der Josef-Hospital Delmenhorst gGmbH und des Evangelischen Stadtkrankenhauses Oldenburg:

Bei dem Pilotprojekt der Josef-Hospital Delmenhorst gGmbH sowie des Evangelischen Stadtkrankenhauses Oldenburg handelt es sich um die Einführung der „Forensischen Leichenschau“, bei der durch spezialisiertes, externes ärztliches Personal eine zusätzliche Leichenschau auf Kosten des Krankenhauses stattfindet. Die Landesregierung hat das Pilotprojekt des Klinikums Delmenhorst über die

Durchführung einer forensischen Leichenschau damals begleitet und festgestellt, dass dieses Verfahren bestattungsrechtlich unbedenklich ist. Die Einführung dieses Verfahrens kann auf der Grundlage des geltenden Bestattungsgesetzes auch von anderen Krankenhäusern übernommen werden.

Das im Entschließungsantrag skizzierte Verfahren ist so angelegt, dass es zusätzlich zur gesetzlich vorgeschriebenen Leichenschau durchgeführt werden soll. Problematisch erscheint dabei, dass zusätzliches ärztliches Personal für die Durchführung gebunden wird; denn durch die angesprochene Einführung des Vier-Augen-Prinzips muss die Leichenschau von zwei ärztlichen Personen durchgeführt werden. Dieses Personal fehlt dann in der medizinischen Versorgung.

Nicht eingegangen wird im Entschließungsantrag auf den Umstand, dass bei rund 105.000 Todesfällen in Niedersachsen jährlich jeden Kalendertag ca. 288 Leichenschauen durch rechtsmedizinisches oder pathologisch geschultes Personal durchzuführen wären.

Aus Sicht der Landesregierung bleibt im Entschließungsantrag insbesondere offen, wozu die erste – nicht speziell geschulte – ärztliche Person erforderlich ist, wenn die zweite ärztliche Person speziell ausgebildet bzw. speziell fortgebildet ist.

Nicht berücksichtigt wird im Entschließungsantrag, dass die Verteilung der Ärztinnen und Ärzte auf die einzelnen Regionen Niedersachsens sehr unterschiedlich ist, wobei es in den Ballungsräumen verhältnismäßig mehr ärztliches Personal als in ländlichen Gebieten gibt. Die Landesregierung steuert mit der Einführung einer Landarztquote in Niedersachsen dem in verschiedenen ländlichen Gebieten festgestellten Ärztemangel entgegen. Auf die Leichenschau bezogen ergibt sich, dass Ärztinnen und Ärzte in ländlichen Gebieten nicht nur mit einer übergroßen Anzahl von Patientinnen und Patienten zu tun haben, sondern für die Leichenschau oft auch große Distanzen überwinden müssen, woraus ein erhöhter Zeitaufwand folgt.

Kurz eingehen muss ich auf die folgende Aussage im Entschließungsantrag, ich zitiere: „Auch wenn die Todesursache zunächst als natürlich bezeichnet wird, ist es erforderlich, dass ein Spezialist die Plausibilität des Todesfalls überprüft.“ Ende des Zitats. Die hiermit angesprochene Todesursache ist anhand der vorgegebenen internationalen Klassifizierungen gemäß ICD-10¹ vorzunehmen; eine „natürli-

¹ Näheres z. B. unter www.dimdi.de

che“ Todesursache ist dabei nicht vorgesehen. Nach den in Niedersachsen geltenden gesetzlichen Regelungen ist die Feststellung eines „natürlichen Todes“ überhaupt nicht Gegenstand der Leichenschau. Vielmehr ist gemäß § 4 Abs. 4 des Nds. Gesetzes über das Leichen-, Bestattungs- und Friedhofswesen (BestattG) vom 08.12.2005 (Nds. GVBl. S. 381), zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 23.02.2022 (Nds. GVBl. S.134), bei „Anhaltspunkten für einen nicht natürlichen Tod“ die Staatsanwaltschaft oder die Polizei zu benachrichtigen, damit strafrechtlich relevanten Befunden nachgegangen werden kann.

Der Landesstützpunkt Hospiz- und Palliativversorgung (LSHPN) hat unter Einbeziehung des Hospiz- und Palliativverbandes Niedersachsen e.V. in seiner Stellungnahme darauf hingewiesen, dass die offizielle Feststellung des Todes möglichst zeitnah nach dem Versterben stattfinden sollte, um die Angehörigen zu entlasten. Die Feststellung des Todes und die damit verbundene Leichenschau sei für die Angehörigen ein hochemotionaler Akt. Sollte die Einführung einer QLS durch speziell geschulte Dienste eingeführt werden, müsse die zeitnahe Leichenschau gewährleistet bleiben. Es müsste also eine 24 Stunden Erreichbarkeit an 365 Tagen sichergestellt und ein zeitlich zumutbarer Anfahrtsweg gegeben sein. Weiter müssten die mitarbeitenden Ärztinnen und Ärzte neben der medizinischen Expertise in der Lage sein, den Angehörigen Beistand zu leisten und auch ggf. für medizinische Unterstützung sorgen.

Darüber hinaus wurde vom LSHPN vorgetragen, dass sich Tötungsdelikte auf der Grundlage von mutmaßlich verabreichten falschen oder überdosierten Medikamenten oder auch ungewollt fehlerhaft verabreichten Medikamenten in der Regel nicht durch eine äußere Leichenschau erkennen ließen.

Ferner wurde darauf hingewiesen, dass Pflegefehler, die mit körperlich sichtbaren Veränderungen wie Kontrakturen oder auch Dekubiti einhergehen, durch jede Ärztin und jeden Arzt bei der Leichenschau erkennbar seien und gemeldet werden müssen (§ 4 Abs. 4 Nr. 2 BestattG). Dieses hat im Übrigen auch die Ärztekammer Niedersachsen (ÄKN) auf der Seite 1 ihrer Stellungnahme zum Entschließungsantrag der FDP-Fraktion zur qualifizierten Leichenschau (LT-Drs. 18/3921) in der letzten Legislaturperiode (Vorlage 5 zu LT-Drs. 18/3921) vorgetragen. Zur Feststellung des Todes und zur Durchführung der äußeren Leichenschau seien in Niedersachsen grundsätzlich alle Ärztinnen und Ärzte verpflichtet. Die äußere Leichenschau gelte als letzter Dienst an der Patientin oder dem Patienten, welche mit großer Sorgfalt durchzuführen sei.

II. Beschlussfassungspunkte

1. Zu den unter der **Nummer 1** des Entschließungsantrags angesprochenen erforderlichen gesetzgeberischen Umsetzungsschritten für die Einführung des Delmenhorster Modells nehme ich wie folgt Stellung:

Eine qualifizierte Leichenschau, wie sie von der Josef-Hospital Delmenhorst GmbH sowie dem Evangelischen Stadtkrankenhaus Oldenburg konzipiert ist, bei der durch spezialisiertes, externes ärztliches Personal eine zusätzliche Leichenschau auf Kosten des Krankenhauses stattfindet, lässt sich auf der Grundlage der bestehenden gesetzlichen Situation durchführen. Die Landesregierung sieht darüber hinaus geltende gesetzliche Regelungen nicht für erforderlich an. Dabei muss die Einführung der forensischen Leichenschau im Wege eines „Leichenschaudienstes“ in Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen, Hospizen und jeweils vergleichbaren Einrichtungen angesichts fehlender Evidenz und der damit verbundenen personellen Erfordernisse jedem Krankenhaus als Entscheidung in eigener Verantwortung überlassen bleiben. Nicht unwichtig erscheint mir in diesem Zusammenhang, dass die QLS nach dem „Delmenhorster Modell“ nicht nur die eigene Qualitätssicherung, sondern vor allem auch die Rückgewinnung des Vertrauens der Bevölkerung zum Ziel hatte.

2. Zu **Nummer 2** des Entschließungsantrags, nach der nur anerkannt fortgebildete Ärztinnen und Ärzte eine qualifizierte Leichenschau durchführen dürfen:

Die ÄKN hat in ihrer Stellungnahme vom 03.11.2021 (Vorlage 5 zu LT-Drs. 18/3921; S. 2) ausgeführt, dass die Leichenschau Inhalt des Studiums der Humanmedizin sowie allgemeiner Inhalt der Weiterbildung zu einer Facharztbezeichnung sei. Darüber hinaus ist die ÄKN der Ansicht, dass jede Ärztin und jeder Arzt eine leitliniengerechte und qualitativ hochwertige Leichenschau durchführen und mögliche Anzeichen für einen nicht-natürlichen Tod erkennen müsse.

Um die Kenntnisse und Fähigkeiten ihrer Mitglieder zu vertiefen und an neue Entwicklungen anzupassen, bietet die ÄKN Fortbildungen an, die zum Thema Leichenschau auch mit den Gesundheitsämtern und dem Ministerium gestaltet werden. Eine Übersicht dieser Fortbildungen für die Durchführung der Leichenschau

und das Ausfüllen der Todesbescheinigung wird als **Anlage 3** zur Verfügung gestellt. Die Übersicht beinhaltet eine Aufstellung der angebotenen Fortbildungen für die Jahre 2022, 2023 und 2024. Von diesem Angebot wird nach Auskunft der ÄKN rege Gebrauch gemacht.

Bisher ist die Durchführung der ärztlichen Leichenschau nicht an die Teilnahme an einem entsprechenden Fortbildungsangebot der ÄKN oder einer anderen Stelle gebunden. Davon ist aus den folgenden Überlegungen auch abzuraten: Wie oben bereits dargestellt, gehört die Pflicht, Fortbildungsmaßnahmen anzubieten und das ärztliche Personal zu schulen, zu den Kernaufgaben der Selbstverwaltung der Kammer. Zwar hat das Gesundheitsministerium die Rechtsaufsicht über die ÄKN, aber nicht die Fachaufsicht. Demgemäß kann von ministerieller Seite der ÄKN kein bestimmtes Schulungsangebot vorgegeben werden. Die Vorgabe einer verpflichtenden Fortbildung müsste gesetzlich normiert und im Gegenzug finanziell durch den Landeshaushalt nachgehalten werden. Nach geltendem Recht würde eine Regelung zur Einführung einer solchen Verpflichtung einen Eingriff in die Selbstverwaltungshoheit der ÄKN darstellen. Da die Fortbildung jährlich zu wiederholen wäre, bedürfte es auch der jährlichen Ausstellung des Nachweises. Angesichts der aktuellen Diskussion über einen Bürokratieabbau erscheint das geforderte Verfahren nicht zeitgemäß.

Im Bericht des Sonderausschusses zur Stärkung der Patientensicherheit und des Patientenschutzes vom 27.04.2016 (LT-Drs. 17/5790, S. 27) heißt es: „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 sollen. Sosehr die Notwendigkeit einer stärkeren Professionalisierung einleuchtet, sollten die Vor- und Nachteile der bestehenden Optionen erst noch näher analysiert werden.“ Ende des Zitats. Der Landtag hat sich schließlich für die Einführung von Meldepflichten entschieden.

3. Zu **Nummer 3** des Entschließungsantrags, eine gesetzliche Verpflichtung zur Beschäftigung von Leichenschauendiensten einzuführen:

Die Einführung einer gesetzlichen Pflicht für Krankenhäuser, private Dienstleistungen eines Leichenschaudienstes annehmen zu müssen, ist nach Einschätzung der Landesregierung angesichts des fehlenden Nachweises der Notwendigkeit und der Wirksamkeit derartiger Dienste nicht begründbar.

Offen bleibt, warum die QLS lediglich in Krankenhäusern, Pflegeheimen, Hospizen und vergleichbaren Einrichtungen, in denen alte sowie kranke Menschen regelmäßig Medikamente verabreicht bekommen, eingeführt werden soll. Die damit verbundene Selektion erscheint unter dem Aspekt des Gleichheitssatzes zumindest zweifelhaft. Hinzu kommt, dass die Einführung einer QLS z. B. in Pflegeheimen ein nicht gerechtfertigtes Misstrauen gegenüber den Pflegeeinrichtungen zum Ausdruck bringen würde, dass hier – anders als in der eigenen Häuslichkeit – eine erhöhte Anzahl von Todesfällen, die auf Tötungsdelikte zurückzuführen sind, zu erwarten ist. Für ein solches Misstrauen besteht jedoch kein Anlass. Dem entsprechenden Fachreferat des MS liegen keine Erkenntnisse zu einer etwaigen Steigerung der Mortalitätsrate in niedersächsischen Alten- und Pflegeheimen vor. Das Niedersächsische Gesetz über unterstützende Wohnformen (NuWG) sieht keine Pflicht der in den Geltungsbereich des Gesetzes fallenden Einrichtungen vor, den Heimaufsichtsbehörden über Todesfälle zu berichten. Nach § 7 Abs. 4 Satz 1 NuWG besteht lediglich dann eine Meldepflicht des Betreibers eines Heims, wenn ihm bekannt wird, dass das Recht der Bewohnerinnen und Bewohner auf Leben, körperliche Unversehrtheit oder sexuelle Selbstbestimmung bedroht oder beeinträchtigt worden ist.

In dem Entschließungsantrag zur Einführung der qualifizierten Leichenschau (LT-Drs. 19/4563, S. 1) ist ferner folgender Satz enthalten: „Bei mehr als zwei Drittel der Menschen, die in Krankenhäusern oder Pflegeeinrichtungen sterben, werden äußerlich spurlose Tötungsdelikte im Rahmen der klassischen Leichenschau nicht erkannt [.]“. Hier stellt sich die Frage, woher diese Erkenntnis der Verfasser stammt und mit welchen Datengrundlagen die Aussage belegt werden könnte. Ausweislich der in der LSN-Online Datenbank² öffentlich zugänglichen Daten hat sich die Mortalitätsrate in Niedersachsen wie folgt entwickelt:

² https://www.statistik.niedersachsen.de/startseite/datenangebote/lsn_online_datenbank/

Jahr	Anzahl Todesfälle in KH	Anzahl Todesfälle gesamt	Anteil Todesfälle in KH an Gesamtzahl in %
2023	42403	105071	40,36
2022	43398	108407	40,03
2021	40346	99965	40,36
2020	38119	96980	39,31
2019	39324	94256	41,72
2018	40457	96165	42,07

Ein Anstieg der Mortalitätsrate in nds. Krankenhäusern ist danach nicht zu erkennen; eher das Gegenteil ist der Fall. Es werden nach Einschätzung der Landesregierung mehr Tötungsdelikte außerhalb von Krankenhäusern und Altenheimen als innerhalb verübt.

4. Zu **Nummer 4** des Entschließungsantrags, Ansprechpersonen bei der Polizei und der Ärztekammer zu bestimmen:

Die Bestimmung von Ansprechpersonen bei Polizei und ÄKN durch eine gesonderte gesetzliche Regelung oder durch die Landesregierung auf anderem Wege erscheint nicht erforderlich, da sich aus den vorhandenen Zuständigkeitsregelungen jeweils ergibt, welche polizeiliche Stelle der jeweilige Leichenschaudienst anzusprechen hätte; bei der ÄKN ergibt sich die Ansprechperson fachlich anhand der jeweiligen Fragestellung des Leichenschaudienstes.

Die in der Begründung des Entschließungsantrages hierzu angesprochenen Meldepflichten dienen dazu, die Verfolgung von Straftaten zu ermöglichen. Die Verfolgung von Straftaten ist nicht Aufgabe der Ärzteschaft, sondern der Staatsanwaltschaften, die sich zur Bewältigung dieser Aufgabe hilfsweise der Polizei bedienen. Denn ausschließlich die Polizei und die Staatsanwaltschaften können Ermittlungen durchführen und demgemäß entsprechende Entscheidungen zum weiteren Vorgehen treffen. Die Ärztin oder der Arzt hat in einem solchen Fall sogar von der Leichenschau abzusehen oder diese zu unterbrechen und bis zum Eintreffen der Polizei oder der Staatsanwaltschaft darauf hinzuwirken, dass keine Veränderungen an der Leiche und der unmittelbaren Umgebung vorgenommen werden (§ 4 Abs. 4 Satz 2 BestattG). Als Begründung für die Einführung unabhängiger privater Leichenschaudienste erscheint die Bezugnahme auf die bestehenden Meldepflichten der Landesregierung ungeeignet.

Bezüglich einer durch das Innenressort angeregten Anpassung der Meldepflichten stehen die fachlich betroffenen Ressorts MI, MJ und MS im fachlichen Austausch, um aus den praktischen Erfahrungen mit den Meldepflichten Erkenntnisse für die Verbesserung zu gewinnen. Als ein erstes Ergebnis ist die Initiative des MS zu nennen, mit der ÄKN gemeinsam dafür zu sorgen, dass Ärzte und Ärztinnen bei der Durchführung der Leichenschau und dem Ausfüllen der Todesbescheinigung noch besser begleitet und fortgebildet werden können.

Im Übrigen ist der Landesregierung die Übertragbarkeit der QLS auf andere Bereiche außerhalb von Krankenhäusern nicht ersichtlich.

Auch ist für die Landesregierung nicht erkennbar, inwieweit die QLS die Todesursachenforschung verbessert zu einer Qualitätsverbesserung in der medizinischen Versorgung führt.

III. Vergütung der QLS

Der Aspekt der im Entschließungsantrag angenommenen Verbesserung der finanziellen Lage der Krankenhäuser durch eine Gebührenerhebung aufgrund der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) ist angesichts des Umstandes, dass es für die Kosten der forensischen Leichenschau beim „Delmenhorster Modell“ keine Möglichkeit der Abrechnung auf der Basis der AllGO oder der GOÄ gibt, unklar. Demgemäß werden die entstehenden Mehrkosten dort z. Zt. auf freiwilliger Basis vom Krankenhaus Josef-Hospital gGmbH und dem Evangelischen Stadtkrankenhaus Oldenburg getragen. Ob bei einer flächendeckenden Ausweitung des Modells auf Krankenhäuser und Pflegeheime landesweit in Niedersachsen mit einer freiwilligen Übernahme der Mehrkosten durch die Institutionen gerechnet werden kann, ist zumindest zweifelhaft. Es wäre daher vermutlich erforderlich, eine Abrechnungsmöglichkeit für die „Nachschau“ durch externe Leichenschauärztinnen und -ärzte zu schaffen.

Alternativ wäre daran zu denken, dass die Kosten der Leichenschau von den Angehörigen getragen werden, da diese keine Leistung der GKV oder PKV sind. Der LSHPN unter Einbeziehung des Hospiz- und Palliativverbandes Niedersachsen e.V. hat dazu ausgeführt, dass diese Kosten schon heute nicht unerheblich seien. Sie würden durch eine regelhafte QLS nochmals deutlich steigen. Dann müsste den Angehörigen plausibel gemacht werden können, dass die Kostensätze für die Leichenschau innerhalb von Krankenhäusern und Pflegeheimen erheblich über

denen einer Leichenschau im häuslichen Bereich, in dem nur eine Ärztin oder ein Arzt die Leichenschau vornimmt, liegen.

Sollten Krankenhäuser, Pflegeheime, Hospize und jeweils vergleichbare Einrichtungen gesetzlich dazu verpflichtet werden, das Angebot einer QLS anzunehmen, müssten Haushaltsmittel im Sinne von Ausgleichszahlungen für entsprechende Mehraufwände aus dem Landeshaushalt bereitgestellt werden, wenn Angehörige nicht weiter belastet werden sollen.

Dagegen liegt die Begründung für die Kosten der zweiten Leichenschau vor einer Feuerbestattung auf der Hand. Die zwingend vorgeschriebene zusätzliche Leichenschau vor der Feuerbestattung begründet sich aus dem Umstand, dass bei der Verbrennung der Leiche mögliche Beweismittel für ein Tötungsdelikt endgültig verlorengehen. Dies ist bei einer Erdbestattung nicht der Fall, da die Leiche in ihrer Substanz erhalten bleibt. Die zweite Leichenschau vor einer Kremierung (Einsäuerung der Leiche) könnte bei Einführung der QLS zwar wegfallen, so dass die Kosten der zweiten Leichenschau eingespart würden. Im Fall einer generellen zweiten QLS, also auch vor einer Erdbestattung, würden die Hinterbliebenen mit zusätzlichen Kosten ohne einen sachlichen Grund belastet; denn die Kosten für diese QLS dienen der Aufdeckung von Tötungsdelikten, die nicht den Angehörigen verstorbener Personen aufzuerlegen, sondern von den dazu berufenen Strafverfolgungsbehörden zu tragen wären.

IV. Fachliche Stellungnahmen

A. Regelungen im NKHG

Am 01. Januar 2019 ist die Novelle des NKHG in Kraft getreten. Damit wurden weitere Ergebnisse des Sonderausschusses umgesetzt. Neben der bereits seit 22. Juli 2015 bestehenden Pflicht, für jedes Krankenhaus eine Patientenführsprecherin oder einen Patientenführsprecher sowie eine Stellvertreterin oder einen Stellvertreter zu berufen, sieht das NKHG folgende weitere Pflichten für alle Krankenhäuser vor, die zur Stärkung der Patientensicherheit und des Patientenschutzes und damit im Ergebnis auch der Qualitätssicherung beitragen.

1. Jedes Krankenhaus musste bis zum 01. Januar 2022 sicherstellen, dass Stationsapothekerinnen oder Stationsapotheker in ausreichender Zahl als

Beratungspersonen für die Station eingesetzt werden und für arzneimittelbezogene Fragestellungen zur Verfügung stehen.

2. In jedem Krankenhaus ist eine Arzneimittelkommission zu bilden, die eine Arzneimittelliste führt und das ärztliche und pflegerische Personal berät.
3. Jedes Krankenhaus hat für diejenigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die mit der Patientenversorgung beschäftigt sind, einen Plan zur Unterstützung bei berufsbezogenen Belastungen zu erstellen. Damit soll der hohen Dauerbelastung des in der direkten Patientenversorgung tätigen Personals präventiv entgegengewirkt werden. Die hier enthaltenen Maßnahmen dienen unmittelbar der Gesunderhaltung des Personals und damit mindestens mittelbar dem Schutz der Patientinnen und Patienten. Denn diese können so vor Gefahren, die sich aus der Ermüdung des Personals ergeben könnten, bewahrt werden.
4. Jedes Krankenhaus hat ein anonymes Fehlermeldesystem vorzuhalten. Dort können Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Verdachtsmomente für Fehlverhalten oder Straftaten innerhalb des Krankenhausbetriebes melden, ohne dass ihre Identität bekannt wird. Geregelt wird auch, dass die Meldungen vom Krankenhaus zur ständigen Verbesserung der Patientenversorgung auszuwerten sind. Wenn eine Meldung auf eine besondere Gefährdung der Patientinnen und Patienten hindeutet, hat das Krankenhaus dies dem zuständigen Gesundheitsministerium unverzüglich mitzuteilen.
5. Um mögliche Risiken frühzeitig zu erkennen, sind in jedem Krankenhaus regelmäßige Konferenzen durchzuführen, bei denen auch Todesfälle und besonders schwere Krankheitsverläufe erörtert werden sollen. Eine Häufung von ähnlich eingetretenen Todesfällen fällt so schneller auf und es kann schnell reagiert werden.

Zur Durchsetzung dieser Pflichten kann das Niedersächsische Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Gleichstellung nach § 30 Absatz 2 NKHG die Erteilung von Auskünften und nach § 30 Absatz 3 NKHG die Vorlage einzelner Unterlagen verlangen, sowie Anordnungen treffen und nach den allgemeinen vollstreckungsrechtlichen Vorschriften durchsetzen.

Zudem ist am 01. Januar 2023 eine Neufassung des NKHG in Kraft getreten. Neben Qualitätsanforderungen sind weitere Regelungen und rechtliche Klarstellungen in das Gesetz aufgenommen worden. Das Gesetz enthält hinsichtlich der Verbesserung des Patientenschutzes und der Patientensicherheit insbesondere Regelungen zur Aufnahme von Patientinnen und Patienten, zur Zuverlässigkeit des Krankenhausträgers sowie Anzeige- und Berichtspflichten. Darüber hinaus ist die Aufnahme einer Ermächtigung erfolgt, die es ermöglicht, das Nähere durch Verordnung zu regeln.

B. Regelungen im Niedersächsischen Gesetz über unterstützende Wohnformen (NuWG) und im Sozialgesetzbuch Elftes Buch (SGB XI)

Diese Regelungen beinhalten aktuelle Maßnahmen zur Qualitätssicherung in Alten- und Pflegeheimen:

Dazu im Einzelnen:

1. Zum Ordnungsrecht

Nach § 5 Abs. 3 Nr. 3 des NuWG muss der Betreiber eines Heims u. a. ein Qualitätsmanagement betreiben. In den Aufzeichnungen eines Heimbetreibers müssen nach § 8 Abs. 1 Satz 2 Nr. 7 NuWG insbesondere die Maßnahmen zur Qualitätsentwicklung sowie zur Qualitätssicherung und deren Ergebnisse dargestellt werden. Zur Feststellung, ob diese Anforderungen erfüllt werden, führen die Heimaufsichtsbehörden gemäß § 9 Abs. 1 Satz 1 NuWG in den Heimen wiederkehrende und anlassbezogene Prüfungen durch. Grundsätzlich wird dabei jedes Heim mindestens einmal jährlich geprüft.

Bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben zum Schutz der Interessen und Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner und zur Sicherung einer angemessenen Qualität des Wohnens und der Betreuung in den Heimen sowie zur Sicherung einer angemessenen Qualität der Prüfung sind die Heimaufsichtsbehörden nach § 15 Abs. 1 NuWG verpflichtet, mit den Pflegekassen, deren Landesverbänden, dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und dem Träger der Sozialhilfe eng zusammenzuarbeiten. Im Rahmen dieser Zusammenarbeit stimmen sie auf der Grundlage gegenseitiger partnerschaftlicher Information und Beratung Inhalt, Umfang und Zeit-

punkt der Prüfungen ab und streben Einvernehmen über im Einzelfall notwendige Maßnahmen zur Qualitätssicherung und zur Beseitigung von Mängeln an.

2. Zum Leistungsrecht

Maßgeblich sind die §§ 112 ff. SGB XI. Die zugelassenen Pflegeeinrichtungen sind nach § 112 Abs. 2 SGB XI verpflichtet, Maßnahmen der Qualitätssicherung sowie ein Qualitätsmanagement nach Maßgabe der Vereinbarungen nach § 113 SGB XI durchzuführen und bei Qualitätsprüfungen nach § 114 SGB XI mitzuwirken. Bei stationärer Pflege erstreckt sich die Qualitätssicherung neben den allgemeinen Pflegeleistungen auch auf die medizinische Behandlungspflege, die Betreuung, die Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung sowie auf die Zusatzleistungen.

Nach § 113 SGB XI vereinbart die Selbstverwaltung Maßstäbe und Grundsätze u. a. für die Qualitätssicherung in der vollstationären Pflege sowie für die Entwicklung eines internen Qualitätsmanagements.

Zur Durchführung einer Qualitätsprüfung erteilen die Landesverbände der Pflegekassen dem Medizinischen Dienst, dem Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. im Umfang von 10 Prozent der in einem Jahr anfallenden Prüfaufträge oder den von ihnen bestellten Sachverständigen nach § 114 Abs. 1 SGB XI einen Prüfauftrag. Die Prüfung erfolgt als Regelprüfung, Anlassprüfung oder Wiederholungsprüfung. Vollstationäre Pflegeeinrichtungen sind verpflichtet, die Landesverbände der Pflegekassen unmittelbar nach einer Regelprüfung darüber zu informieren, wie die ärztliche, fachärztliche und zahnärztliche Versorgung sowie die Arzneimittelversorgung in den Einrichtungen geregelt sind. Die Regelprüfungen finden grundsätzlich regelmäßig im Abstand von höchstens einem Jahr statt. Einzelheiten für die Durchführung der Qualitätsprüfungen sind in § 114a SGB XI geregelt.

§ 117 SGB XI regelt die Zusammenarbeit zwischen den Landesverbänden der Pflegekassen, dem Medizinischen Dienst und dem PKV-Prüfdienst mit den Heimaufsichtsbehörden. Die enge Zusammenarbeit betrifft insbesondere die gegenseitige Information und Beratung, Terminabsprachen und die Verständigung über die im Einzelfall notwendigen Maßnahmen.

3. Eine kurze Übersicht zu aktuellen Problemen und Herausforderungen sowie der Versorgungssituation in nds. Alten- und Pflegeheimen:

Pflegebedürftige Personen, ihre Angehörigen oder Dritte haben verschiedene Möglichkeiten, etwaige Missstände in niedersächsischen Pflegeheimen zu melden. U. a. können sie sich an die zuständigen Heimaufsichtsbehörden, das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung oder an die im Haus angesiedelte Beschwerdestelle Pflege wenden. Die Heimaufsichtsbehörden gehen diesen Beschwerden dann zum Schutz der Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen nach und können hierbei die Möglichkeiten nutzen, die das NuWG bietet. Voraussetzung dafür ist allerdings, dass es sich um Einrichtungen im Geltungsbereich des Gesetzes handelt, was bei bestimmten ambulant betreuten Wohngemeinschaften oder Formen des betreuten Wohnens nicht unbedingt der Fall ist.

Anhaltspunkte dafür, dass von einer grundsätzlichen Gefährdung der Versorgungssituation für die Bewohnerinnen und Bewohner von Alten- und Pflegeheimen auszugehen wäre, liegen dem entsprechenden Fachreferat des MS nicht vor. Dies gilt bisher auch, soweit es beispielsweise aufgrund von Insolvenzverfahren zur Schließung von Pflegeeinrichtungen kommt und die Bewohnerinnen und Bewohner anderweitig versorgt werden müssen.

C. *Regelungen im Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) zur Hospiz- und Palliativversorgung*

1. Allgemeine, aktuelle Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung in der medizinischen Versorgung

In der GKV ist eine Aufgabe des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA), die zur Sicherung der ärztlichen Versorgung erforderlichen Richtlinien über die Gewähr für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten zu beschließen. Hierzu gehören auch Richtlinien zur Qualitätssicherung. Diese Richtlinien sind innerhalb der GKV bindend, also zwingend einzuhalten: sowohl von den Krankenkassen als auch von den ambulanten und stationären Leistungsanbietern. Der rechtliche Rahmen wird durch das SGB V gesetzt. Zuständig hierfür ist der Gesetzgeber auf Bundesebene.

2. Aktuelle Maßnahmen zur Qualitätssicherung in Hospizen und vergleichbaren Einrichtungen

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbart mit den für die Wahrnehmung der Interessen der stationären Hospize maßgeblichen Spitzenorganisationen das Nähere über Art und Umfang der Versorgung in einer Rahmenvereinbarung (§ 39a Abs. 1 S. 4 SGB V). Zurzeit laufen Verhandlungen auf Bundesebene für eine Anpassung der Rahmenvereinbarung. Dabei sind diverse Forderungen zu Konzepten, die die Patientensicherheit berühren, Gegenstand der Verhandlungen. Im Rahmen dieser Konzepte muss auch der Aspekt Sicherheit beim Umgang und Verabreichen von Medikamenten bedacht werden, aber auch z. B. Auffälligkeiten beim Versterben.

3. Eine kurze Übersicht zu aktuellen Problemen und Herausforderungen sowie der Versorgungssituation in nds. Hospizen und vergleichbaren Einrichtungen

Eine Gesamterfassung für das QM in stationären Hospizen liegt dem LSHPN nicht vor. Nach Rückmeldung aus einem stationären Hospiz zum aktuellen QM aus der sich laut LSHPN aber eine Tendenz ablesen lasse, sei im Rahmen des QM lediglich der Ablauf zwischen dem Versterben eines Gastes und dem Erstellen des Leichenschauscheins durch die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt festgelegt. Da diese den Hospizgast oft über mehrere Tage oder sogar Wochen begleitet haben, sei der Krankheitsverlauf bis zum Tod gut nachvollziehbar. Auffälligkeiten würden hier sofort erkannt werden. Es gäbe keine Probleme in der ärztlichen Versorgung, keine besonderen Herausforderungen und auch keine Probleme oder Nachfragen von Seiten der Gerichtsmedizin.

D. Zusammenfassung

Insgesamt ist in Niedersachsen mit der Novellierung des BestattG und des NKHG eine Vielzahl von Schritten mit dem Ziel einer höheren Aufdeckung von Straftaten wie denen von Niels Högel eingeleitet worden. In beiden Gesetzen wurden die Empfehlungen des damaligen Sonderausschusses eins zu eins umgesetzt. Eine erneute Änderung des BestattG zur Ermöglichung der Einführung der qualifizierten Leichenschau ist daher nicht zu empfehlen.

Auch die verpflichtende Einführung einer QLS, z. B. in Form des „Delmenhorster Modells“, würde hinsichtlich der unterschiedlichen Behandlung von Todesfällen in Krankenhäusern und Pflegeheimen einerseits und von Todesfällen im häuslichen Bereich andererseits eine nicht ohne Weiteres zu rechtfertigende Ungleichbehandlung bedeuten; diese würde sich auch in der unterschiedlichen Kostenhöhe niederschlagen, da die Inanspruchnahme von zwei ärztlichen Personen auch in Krankenhäusern und Pflegeheimen höhere Kosten verursachen würde. Die Mehrkosten letztendlich die Angehörigen tragen zu lassen, erscheint angesichts des staatlichen Strafverfolgungsinteresses nicht gerechtfertigt. Auch wäre für die zusätzlichen Kosten überdies noch eine Abrechnungsmöglichkeit zu schaffen, wenn sie nicht den Krankenhäusern und Pflegeheimen auferlegt werden sollen, da die bisherigen Abrechnungssysteme diese Form der Leichenschau nicht darstellen können.

Für die verpflichtende Einführung einer QLS fehlt es bisher immer noch am Nachweis der Wirksamkeit und an der Notwendigkeit insbesondere unter Berücksichtigung der Tatsache, dass derzeit für eine flächendeckende Einführung in Niedersachsen nicht ausreichend Fachärztinnen und Fachärzte zur Verfügung stehen, insbesondere in ländlichen Regionen. Ergänzend sollte berücksichtigt werden, dass ein Anstieg der Mortalitätsrate in niedersächsischen Krankenhäusern, aber auch in stationären Pflegeeinrichtungen und Hospizen nicht zu erkennen ist, so dass es allein vor diesem Hintergrund schon überlegenswert erscheint, ob es im aktuellen Kontext sinnvoll ist, den stationären Einrichtungen weitere gesetzliche Verpflichtungen durch die flächendeckende Einführung der QLS aufzuerlegen, obwohl diese ohnehin schon stark belastet sind.

Ergänzend möchte ich auf die Digitalisierung der Todesbescheinigung hinweisen. Wie Sie sicherlich wissen, hat Niedersachsen im Rahmen der Umsetzung des Onlinezugangsgesetzes (OZG) die Themenfeldführung übernommen. Mit der bis 30.09.2024 durch den Pakt für den ÖGD geförderten „Ein Land für alle“-Leistung „Todesbescheinigung“ wird Ärztinnen und Ärzten eine webbasierte Applikation der „Todesbescheinigung“ zur Verfügung gestellt, mit deren Hilfe eine Todesbescheinigung digital erstellt und versendet werden kann. Durch die digitale Todesbescheinigung soll unter anderem auch die Anzahl der fehlerhaft bzw. unzureichend ausgefüllten Todesbescheinigungen reduziert und somit die Qualität der Dokumentation gesteigert werden. Die Landesregierung ist dabei, diese Leistung in Niedersachsen weiter auszurollen.

Abschließend sei der Hinweis erlaubt, dass die Landesregierung es als nicht zielführend erachtet, durch die verpflichtende Einführung der QLS, die von externen Leichenschaudiensten vorgenommen werden soll, die Geschäftsidee eines Betreibers eines Leichenschaudienstes rechtlich abzusichern. Der Landesregierung sind keine Probleme und Herausforderungen in Bezug auf die Versorgungssituation im Zusammenhang mit der QLS bekannt.

Niedersächsisches Bestattungsgesetz über das Leichen-, Bestattungs- und Friedhofswesen (BestattG);

Zu den Fragen wird wie folgt Stellung genommen:

Frage 1: Wie viele Meldungen führen zu polizeilichen Ermittlungen und mit welchem Ergebnis?

Antwort erfolgt durch MI.

Frage 2: Wie viele der Todesfälle werden ggf. aus anderen Gründen gesondert begutachtet (entweder zweite Leichenschau oder Obduktion), z. B. wg. Kremierung, Tod in einer geschlossenen Einrichtung etc.?

2022 wurden in Niedersachsen 1 228 (Pathologie und Rechtsmedizin) Obduktionen durchgeführt. Diese Zahl resultiert aus einer Abfrage des Ministeriums für Wissenschaft und Kultur (MWK) bei dem Institut für Rechtsmedizin der Medizinischen Hochschule Hannover (für die Standorte Hannover und Oldenburg) und der Abteilung Rechtsmedizin der Universitätsmedizin Göttingen.

Justizielle Daten liegen hingegen nicht vor. Die auf Antrag einer Staatsanwaltschaft durch den zuständigen Ermittlungsrichter angeordneten Leichenöffnungen nach § 87 Strafprozessordnung (StPO) werden statistisch nicht erfasst. Dafür müsste eine händische Auswertung bei den Staatsanwaltschaften geführten Todesermittlungsverfahren erfolgen (vgl. KA, LT-Drs. 19/3284).

Eine Abfrage bei den 46 niedersächsischen Gesundheitsämtern im April 2023, von denen 41 geantwortet haben, hat Folgendes ergeben:

Es wurden seitens einer Amtsärztin/eines Amtsarztes in 2022 5 Sektionen angeordnet (vgl. KA, LT-Drs. 19/1196).

Die Bestattungsarten werden in Niedersachsen nach Auskunft des Landesamts für Statistik (LSN) nicht erfasst, daher liegt zur Bestattungsart auch keine Statistik vor.

Nach der Gütegemeinschaft Feuerbestattungsanlagen waren im Jahr 2022 rund 78 % aller Bestattungen in Deutschland eine Urnenbestattung (Quelle: statista.com). Bei einer Zugrundelegung dieser Zahlen würden daher in Niedersachsen bei 78% aller Todesfälle eine zweite Leichenschau durchgeführt. Eine genaue Zahl ist nur durch eine Abfrage bei den Friedhofsämtern möglich.

Frage 3: Welche Ergebnisse gibt es nach Einführung der QLS in Bremen?

Die QLS wird in Bremen bei jeder in Bremen verstorbenen Person im Anschluss an die erste Leichenschau („Todesfeststellung“) durchgeführt. Soll eine in Bremen verstorbene Person kremiert werden, so ersetzt die QLS die zweite Leichenschau vor der Kremierung (= Krematoriumsleichenschau). Somit wird keine Krematoriumsleichenschau durchgeführt, da die Verstorbenen bereits einer QLS unterzogen wurden.

Es wurden vom 01.08.2017 bis Oktober 2023 50.479 qualifizierte Leichenschauen (QLS) durchgeführt. Davon wurden in 4,6 % der Fälle (2322 Fälle) die Todesart geändert. Davon hat sich in 244 Fällen von diesen 2322 Fällen die Todesart bei ungeklärten Todesfällen geändert. In 206 von diesen 244 ungeklärten Fällen wurde die Todesart nach der QLS als natürlich angegeben.

Frage 4: Haben wir neuere Zahlen?

Die Tabelle im Unterrichtungstext wurde ergänzt.

Frage 5: Liegen statistische Auswertungen zu den Anzeige- und Berichtspflichten der Krankenhäuser vor?

Zum 1. März 2023 haben nur rund zwei Drittel aller Krankenhausträger einen entsprechenden Bericht für das Kalenderjahr 2022 vorgelegt. Eine statistische Auswertung bzw. Zusammenfassung der Berichte erfolgte nicht. Die Berichtspflicht für die Kalenderjahre 2023 und 2024 wurde bzw. wird ausgesetzt. Hintergrund ist der seit vielen Jahren beklagte stetig wachsenden Bürokratieaufwand.

Angebote aus 2024

TITEL
Todesfeststellung - Ärztliche Leichenschau
Rettungsmedizin - Leichenschau im Rettungsdienst - Ausfüllen Totenschein
Qualitätszirkel Palliativmedizin
Ärztliche Leichenschau und Todesbescheinigung
Forensische Aspekte der Leichenschau
Forensische Aspekte der Leichenschau
Todesbescheinigung, Leichenschau, Polizeibenachrichtigung
QZ Kinder- und Jugendpsychiat.-PT-Göttingen
How to make a "Leichenschau"
Leichenschau und Todesbescheinigung - Anforderung an die ärztlichen und juristischen Sorgfaltspflichten
Leichenschau und Todesbescheinigung - Anforderung an die ärztlichen und juristischen Sorgfaltspflichten
Mittwochsfortbildung: Leichenschau und rechtsmedizinische Grundlagen
B4 S1 - Leichenschau und Todesbescheinigung - Durchführung und Fallstricke
Todesbescheinigung + Leichenschau
Das neue niedersächsische Bestattungsgesetz - Änderungen bei Leichenschau und Meldepflichten
Die ärztliche Leichenschau und die Todesbescheinigung - Durchführung und Fallstricke
HINZ Mai 2024 - Todesfeststellung und Leichenschau
Leichenschau und Totenschein
Leichenschau & Totenschein
Leichenschau
Leichenschau und Totenschein (AA = Arbeitsanweisung)
Todesbescheinigung, Leichenschau, Meldepflichten - was hat die Änderung des Bestattungsgesetzes bewirkt?
OKERFORUM 2024 - Todesbescheinigung, Leichenschau, Meldepflichten - was hat die Änderung des Bestattungsgesetzes bewirkt?

Angebote aus 2023

TITEL
Ärztliche Leichenschau
Leichenschau
Ärztliche Leichenschau und Todesbescheinigung
Abrechnung ärztliche Leichenschau
Ringvorlesung - Ärztliche Leichenschau
Leichenschau und Todesbescheinigung
Ärztliche Pflichten einer Leichenschau
Leichenschau und Todesbescheinigung - was gibt's zu beachten.
Korrekte ärztliche Leichenschau / Fallstricke
Leichenschau und Todesbescheinigung - Fallstricke und Lösungen
Leichenschau / Totenschein richtig ausstellen
Leichenschau und Todesbescheinigung - Anforderung an die ärztlichen und juristischen Sorgfaltspflichten
Fragen, Fakten, Fallvignetten: Techniken der Leichenschau
Todesbescheinigung und Leichenschau
Abrechnung ärztliche Leichenschau
qualifizierte Leichenschau
Ärztliche Leichenschau
B2-V-Todesbescheinigung, Leichenschau, Meldepflichten
B3-V-Todesbescheinigung, Leichenschau, Meldepflichten - was hat die Änderung des Bestattungsgesetzes bewirkt
Leichenschau und Todesbescheinigung - Anforderung an die ärztlichen und juristischen Sorgfaltspflichten
Leichenschau und Todesbescheinigung

VERANSTALTUNGSORT	Veranstaltungsdatum
Obernkirchen	07.02.2024
Cloppenburg	31.01.2024
Göttingen	15.05.2024
Wilhelmshaven	28.02.2024
Quakenbrück	22.01.2024
Quakenbrück	08.01.2024
Aurich	04.03.2024
Göttingen	04.06.2024
Sehnde	15.05.2024
Oldenburg	13.03.2024
Ärztehaus Osnabrück, An der Blankenburg 64, 49078 Osnabrück	03.04.2024
Göttingen	29.05.2024
Garrel/Petersfeld	20.04.2024
Langenhagen	29.04.2024
Seesen	22.05.2024
26935 Stadland	29.05.2024
Hildesheim	08.05.2024
Braunschweig	05.06.2024
Göttingen	12.09.2024
Sehnde	30.10.2024
Hannover	27.08.2024
Ringhotel Forellenhof, Hünzingen 3, 29664 Walsrode	16.11.2024
Braunschweig	26.10.2024

VERANSTALTUNGSORT	Veranstaltungsdatum
Varel	08.11.2023
Wolfenbüttel	01.03.2023
Wilhelmshaven	07.06.2023
Castanea Resort Hotel, Scharnebecker Weg 25, 21365 Adendorf	04.03.2023
Bad Zwischenahn	21.03.2023
Bad Lauterberg	22.02.2023
Aurich	23.02.2023
Wittmund	28.03.2023
Walsrode	04.04.2023
Delmenhorst	10.05.2023
Restaurant Marc5, Am Markt 5, 21781 Cadenberge	08.11.2023
Garrel	14.06.2023
Lüneburg	16.08.2023
Obernkirchen	13.12.2023
Ringhotel Forellenhof, Hünzingen 3, 29664 Walsrode	11.11.2023
Verden	01.09.2023
Hannover	26.09.2023
Einbeck	07.10.2023
Einbeck	07.10.2023
Ärztehaus Osnabrück, An der Blankenburg 64, 49078 Osnabrück	27.09.2023
Garrel	11.10.2023

Leichenschau und Totenschein
 B3-Plenum- Todesbescheinigung, Leichenschau, Meldepflichten - was hat die Änderung des Bestattungsgesetzes bewirkt?
 Todesbescheinigung, Leichenschau, Polizeibenachrichtigung

Ostercappeln 10.11.2023
 Braunschweig 04.11.2023
 Aurich 20.12.2023

Angebote aus 2022

TITEL
 Palliative Versorgung auf einer psychiatrischen Station, Leichenschau, Todesbescheinigung
 Totenschein und Leichenschau
 Totenschein und Leichenschau
 Leichenschau
 Todesbescheinigung und Leichenschau
 Korrekte Leichenschau
 Ärztliche Leichenschau und Todesbescheinigung
 qualifizierte Leichenschau
 Leichenschau und Todesbescheinigungen
 Fortbildung: Hamelner Talk: Diabetes und Herzinsuffizienz im Fokus sowie Letzte Hilfe Leichenschau
 13. Göttinger Tag der Allgemeinmedizin: HÄ4: Leichenschau
 Leichenschau im Notarzteinsatz
 Ärztliche Leichenschau
 Ärztliche Leichenschau
 "How to make a Leichenschau"
 Totenscheinausstellung und Leichenschau
 Leichenschau und Umgang mit der Todesbescheinigung
 Ärztliche Leichenschau
 Leichenschau
 Durchführung der Leichenschau
 Fortbildung Totenscheine und Leichenschau

VERANSTALTUNGSORT	Veranstaltungsdatum
Langenhagen	26.01.2022
Göttingen	17.02.2022
Göttingen	03.03.2022
Wilhemshaven	06.07.2022
Obernkirchen	07.12.2022
Hannover	01.06.2022
Wilhelmshaven	06.07.2022
Verden	01.08.2022
Hildesheim	13.09.2022
Hamel	07.09.2022
Göttingen	28.09.2022
Wolfsburg	10.10.2022
Sande	12.10.2022
Sande	12.10.2022
Sehnde	21.12.2022
Hildesheim	07.10.2022
Nordhorn	09.11.2022
Hannover	08.12.2022
Wolfenbüttel	14.12.2022
Oldenburg	14.12.2022
Uelzen	14.12.2022