

## **Stellungnahme**

Geschäftsführer Dr. med. Dirk Tenzer  
25. November 2014, MAZ, Klinikum Oldenburg  
**Sperrfrist bis 25. November 2014, 12 Uhr**

Es gilt das gesprochene Wort!

Guten Tag meine Damen und Herren,

ich verantworte als Geschäftsführer das Klinikum Oldenburg nun seit zwei Jahren und spreche heute in der schwierigsten Situation zu Ihnen in der nunmehr über 200-jährigen Geschichte. Meine Verantwortung sehe ich darin 1. die Vorgänge der Vergangenheit von 1999 bis 2002 aufzuklären und 2. alles dafür zu tun, dass die Patientinnen und Patienten, die sich uns tagtäglich anvertrauen, sich hier sicher fühlen können.

### **Einführung**

Kurz vor Beginn des Prozesses um Patienten-Tötungen durch einen Pfleger am Klinikum Delmenhorst Anfang September, hat man uns vorgeworfen, dass das Klinikum Oldenburg mit diesen in Zusammenhang steht. Der Vorwurf, mit diesen unfassbaren Taten unseres ehemaligen Mitarbeiters in Verbindung gebracht zu werden, hat mich persönlich tief schockiert. So habe ich mich entschlossen, die Vorgänge aufzuarbeiten. Von Beginn an standen wir in enger Verbindung mit der Staatsanwaltschaft.

Herr Niels H. war von Juni 1999 bis zu seiner Vertragsauflösung zum 14. Dezember 2002 bei uns in zwei Bereichen beschäftigt. Zu Beginn hat er nach seinem Wechsel aus dem St. Willehad Krankenhaus, Wilhelmshaven, auf der herzchirurgischen Intensivstation gearbeitet. Im Dezember 2001 wechselte er dann in den Bereich der Anästhesiepflege. Nach einem Trennungsgespräch am 23.09.2002 wurde Herr Niels H. zur beruflichen Neuorientierung freigestellt und am 10.10.2002 wurde ein Zwischenzeugnis ausgestellt. Er kündigte in dieser Zeit zunächst fristgerecht zum 31.12.2002 und bat dann am 15.11.2002 um vorzeitige Vertragsauflösung, da er bereits eine andere Stelle gefunden hatte.

Um die Tätigkeit des Pflegers hier im Haus besser einordnen zu können, haben wir ein medizinisches Fachgutachten in Auftrag gegeben, welches alle Sterbefälle untersuchen sollte, bei denen er anwesend war. Grundsätzlich haben wir hier – um ein umfassendes Bild zu erhalten - alle Sterbefälle während der Dienstanwesenheit miteinbezogen, auch von Patienten, für die er gar nicht zuständig war. In der klar zuordenbaren Dienstzeit kam es während der Anwesenheit von Herrn H. auf der herzchirurgischen Intensivstation zu 56 Sterbefällen. Die Fall-Akten dieser 56 Fälle und eines weiteren Falls aus der folgenden Anästhesiezeit, bei dem es erinnerlich zu einem unerwarteten Ereignis kam, wurden Herrn Prof. Dr. Georg von Knobelsdorff als dem Gutachter übergeben.

Herr Prof. von Knobelsdorff, den ich an meiner Seite vorstellen darf, ist Ärztlicher Direktor und Chefarzt der Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin des St. Bernward Krankenhaus Hildesheim und daher ein fachlich äußerst versierter und erfahrener Intensivmediziner und Anästhesist. In der Vergangenheit ist er vielfach als gerichtlicher Gutachter eingesetzt worden. Die Wahl fiel auf ihn, da die Aufarbeitung frei, unvoreingenommen und selbstständig erfolgen sollte, und um einen ungetrübten Blick auf die Vorgänge vor 12 Jahren zu erhalten.

Mit ihm haben wir einen renommierten Spezialisten gefunden, der auf eine jahrelange Erfahrung zurückgreifen kann und der auch in Expertenkreisen ein anerkannter Kollege ist. Dafür, dass Sie jetzt dieses Ergebnis bereits heute – nach knapp acht Wochen - vorstellen, bin ich Ihnen persönlich sehr dankbar, weil ich weiß, dass dies nur möglich war, weil Sie viel Ihrer privaten Zeit geopfert haben.

Die Untersuchung kommt leider zu dem Schluss, dass Niels H. möglicherweise bereits im Klinikum Oldenburg für Sterbefälle verantwortlich war – zwar nicht in dem Ausmaß wie es in Delmenhorst befürchtet wird und auch nicht mit dem Medikament Gilurytmal, aber auch bei uns hat es 12 Sterbefälle gegeben, bei denen alles darauf hindeutet, dass es ein Eingreifen von außen gegeben hat. Darüber sind wir zutiefst erschüttert.

Das genaue Ergebnis der Untersuchung wird Ihnen nun aber Herr Prof. von Knobelsdorff vorstellen.

### **Vorstellung des Gutachtens von Prof. von Knobelsdorff**

Die vorstehende Schilderung belegt 12 Todesfälle, die durch äußere Einflüsse entstanden sind. Das Klinikum Oldenburg ist mit allen seinen 2.700 Mitarbeitern fassungslos ob dieser Todesfälle in unserem Hause. Unser aller Mitgefühl gilt den Angehörigen der Verstorbenen. Ob diese Taten Herrn H. zur Last gelegt werden können, kann ich an dieser Stelle nicht beantworten. Dies obliegt einzig und allein den zuständigen Gerichten.

Es stellt sich jedoch nun die Frage, ob es noch weitere Hinweise für Schädigungen von Patienten durch Niels H. gibt. Mögliche Taten vor dem Jahr 2000 müssen als äußerst unwahrscheinlich angenommen werden, da auch bei den gutachterlich aufgearbeiteten Fällen in 2000 kein verdächtiger Todesfall zu verzeichnen war.

Die Zeit in der Herr H. in der Anästhesie beschäftigt war, ist bisher noch nicht systematisch durch einen externen Gutachter aufgearbeitet worden, da eine Auswertung dieser Zeit technisch nicht ohne weiteres möglich war. Wir haben aber zwischenzeitlich aus den Narkoseprotokollen alle Reanimationssituationen während operativer Eingriffe aus dieser Zeit extrahieren können und haben diese intern aufgearbeitet. Hierbei zeigt sich in den 16 aufgetretenen Fällen kein Hinweis auf äußeren Einfluss, so dass wir davon ausgehen, dass es zumindest in dieser Zeit nachvollziehbar keine Schädigungen gegeben hat. Dies ist aufgrund der Arbeitssituation, bei der ein Pfleger nicht allein mit einem Patienten ist, auch nicht verwunderlich. Die Häufigkeit, mit der diese Ereignisse auftreten, blieb mit 0,7 pro

Monat in den Jahren 2001 und 2002 auch konstant. Eine Erhöhung der Rate während der Tätigkeit von Herrn H. konnten wir daher nicht feststellen.

Somit ergibt sich für uns zum heutigen Tag das Bild, dass wir davon ausgehen müssen, dass Herr H. möglicherweise für zwölf Todesfälle an unserem Klinikum verantwortlich ist. Alle Patienten waren schwerstkrank und der tödliche Krankheitsverlauf lag nach der Aussage des Gutachters auch ohne Fremdeinwirkung im Bereich des Möglichen. Dies machte für die damals Beteiligten ein Erkennen der Situationen schwierig.

Trotz dieser Anzahl an Todesfällen sehen wir deutliche Unterschiede zu Taten an anderer Stelle. So bleibt es auch weiterhin dabei, dass wir eine Sterberate auf dieser Intensivstation hatten, die eine Schwankung im üblichen Rahmen aufwies, so dass die Betrachtung der Sterberate und auch die Betrachtung des Gilurytmal-Verbrauchs keine Auffälligkeiten zeigten. Selbst mit dem Wissen von heute hätten diese Parameter keine Auffälligkeiten angezeigt, hierzu waren erst – wie eben dargestellt – sehr detaillierte Untersuchungen notwendig.

Es bleibt die Frage: Hätten wir diese Taten erkennen können, ja sogar müssen?

Diese Frage ist nicht einfach zu beantworten. Mit dem Stand heute konnten wir hier Taten erkennen, dies hat der Gutachter Herr Prof. von Knobelsdorff ja eben eindrucksvoll aufgezeigt. Hierzu war es allerdings auch notwendig, undenkbbare Verhaltensmuster zu kennen und eben diese mit den Krankenakten zu vergleichen. Auch ist eine außergewöhnlich genaue Dokumentation in der medizinischen Akte notwendig, die die Beurteilung in unserem Fall ja möglich gemacht hat. Es gab auch bei uns im Haus während der Tätigkeit von Niels H. Untersuchungen zu hohen Kaliumspiegeln zu Beginn der Reanimation, auch gab es Diskussionen - zumeist hinter vorgehaltener Hand – dass die Reanimationen angestiegen seien und dies immer dort wo Herr H. gearbeitet habe. Es konnte aber kein Beweis geführt werden. Und es war einfach auch für viele undenkbar, dass jemand aus unseren Reihen solche Taten begehen könnte. Viele Mitarbeiter hier im Haus haben das Verhalten von Herrn H. erst nach dessen Weggang richtig einordnen können, viele schildern, dass es eben erst auffiel, als uns Herr H. verlassen hatte und die Reanimationen abnahmen. Letztere Aussage deckt sich dabei aber nicht mit den Fakten: Die Reanimationsrate ist nach dem Weggang des Pflegers nicht zurückgegangen, aber auch vorher nicht angestiegen. Eine systematische Aufarbeitung von Todesfällen gab es seinerzeit nicht. Hieraus haben wir unsere Lehren gezogen, dazu später mehr.

### **Die Trennung von Niels H.:**

Trotz seiner Qualifikation gab es immer wieder Kritik an dem persönlichen Verhalten von Herrn H.. Dies führte dazu, dass er von der Intensivstation in die Anästhesie wechselte. Nachdem trotz diesen Wechsels die Klagen über ihn als Person nicht aufhörten und aufgrund eines seinerzeit ungeklärten Vorfalles im Aufwachraum, der sich in der Beurteilung des Gutachters heute als unauffällig darstellt, entschied sich die Leitung des Klinikums zu einem Trennungsgespräch mit anschließender Freistellung.

Und um die Frage direkt vorwegzunehmen, wir waren letztlich froh, dass er weg war. Das Klinikum hatte seinerzeit Hinweise, Auffälligkeiten, ein ungutes Gefühl und vereinzelt auch die Überzeugung, dass hier etwas nicht stimmt. Die seinerzeit

Verantwortlichen sind aber davon ausgegangen, dass man, um weitere Schritte einleiten zu können, hieb- und stichfeste Beweise braucht, auch für eine ggf. strafrechtliche Verfolgung, diese lagen aber nicht vor. Aus heutiger Sicht war das Verhalten damals falsch.

### **Zeugnis:**

Abgeleitet aus dieser Interpretation der Leistungen von Herrn H. haben wir ein Arbeitszeugnis ausgestellt. Dieses Zeugnis hätte – und bitte bedenken Sie: wiederum Kenntnissstand heute - nicht in der Form ausgestellt werden dürfen. Die Taten waren zum damaligen Zeitpunkt jedoch nicht zweifelsfrei erkannt und hätten somit auch nicht im Zeugnis erwähnt werden können. Ebenso hätte eine schlechtere allgemeine Bewertung im Zeugnis nach der damaligen Rechtslage keinen Bestand gehabt. Denn erst vor vierzehn Tagen hat das Bundesarbeitsgericht entschieden, dass gute Zeugnisse auch eine Leistung erfordern, die vom Durchschnitt abweicht und man diese nicht verlangen kann. Bis dahin war ein gutes Zeugnis in der Praxis eher der Normalfall.

Was ist nun mit seinem Verhalten? Er war auf der einen Seite ein beliebter Kollege, er war hilfsbereit und immer dort zu finden, wo viel Arbeit war. Auf der anderen Seite zeigte er manchmal ein unangemessenes Verhalten bei Notfallsituationen. Notfallsituationen auf der Intensivstation laufen üblicherweise ruhig und bedächtig ab. Hierbei zeigte er jedoch auch – so hat es mir ein Zeitzeuge wörtlich beschrieben - ein Verhalten wie auf dem Fußballplatz. Er drängte sich in Notfallsituationen in den Vordergrund und war wohl regelrecht süchtig nach Anerkennung. Dieses Verhalten muss als unangemessen in einem Team beschrieben werden. Eine Erwähnung dieses Verhaltens im Zeugnis wäre daher denkbar gewesen, zielt aber nicht auf die fachliche Eignung des Mitarbeiters ab.

Ungeachtet des vom Klinikum Oldenburg erstellten Zeugnisses, denke ich, dass hier folgendes hinsichtlich des Einstellungsverganges klarzustellen ist: Ein Zeugnis ist in der Regel für einen zukünftigen Arbeitgeber lediglich entscheidend dafür, ob man einen potentiellen Mitarbeiter zu einem Bewerbungsgespräch einladen möchte oder nicht. Ob man diesen Mitarbeiter einstellt, hängt demgegenüber in erster Linie von seinem hinterlassenen persönlichen Eindruck ab. Es kommt also wie vielfach beschrieben nicht in erster Linie auf das Zeugnis, sondern auf die persönliche Einschätzung an, also das Bewerbungsgespräch und anschließend die geleistete Arbeit und das gezeigte Verhalten in der Probezeit.

### **Apotheke**

Die Krankenhaus Apotheke des Klinikums Oldenburg versorgt neben dem eigenen Krankenhaus heute auch 14 weitere Krankenhäuser der Region. Die Versorgung des Klinikums Delmenhorst wurde auch bereits 2002 durchgeführt und hält bis heute an. Grundsätzlich folgt die Anforderung der Arzneimittel für die Stationen seither den gleichen Regeln, die in der Apothekenbetriebsverordnung sowie in der Arzneimittelverschreibungsverordnung, beschrieben sind. So enthält eine normale Anforderung von Medikamenten für den Stationsbedarf die Unterschrift des Arztes. Die Pflegekraft sieht den Medikamentenvorrat durch und bereitet die Bestellung anhand einer Liste von Vorratsmedikamenten vor, die dann ärztlich freigegeben wird. Über diese normale Bestellung hinaus können weitere Präparate als Einzelanforderung –

sogenannte Sonderanforderungen - bestellt werden, für die immer die Freigabe des Oberarztes benötigt wird.

Diese grundsätzlichen Verfahren unterscheiden nicht zwischen elektronischer oder konventioneller Papieranforderung.

Im Bereich des Klinikums Delmenhorst ist bis in das Jahr 2005 in Papierform bestellt worden. Die Kontrollmechanismen habe ich Ihnen eben dargestellt. Die Bestellung von Medikamenten wurde auch in Delmenhorst stets durch einen Arzt freigegeben. Dies blieb auch so, als der Bestellvorgang in Delmenhorst auf eine elektronische Bestellung umgestellt wurde. Der Betrieb der Bestellsysteme wird von den von uns belieferten Krankenhäusern in eigener Regie üblicherweise durch die hauseigene EDV organisiert, ebenso werden Passwörter und Benutzer durch die Krankenhäuser selbst eingerichtet. Einen entsprechend zu hörenden Vorwurf, wir hätten hier nicht auf Anforderungen des Klinikums Delmenhorst reagiert, möchte ich daher entschieden zurückweisen, da dies nicht den Tatsachen entspricht.

Zwei beispielhafte Belege aus der neueren Zeit habe ich Ihnen hierzu mitgebracht. Aus dem nachfolgenden Dokument können Sie sehen, dass in den Bestellvorgang jederzeit ein Arzt eingebunden war.

Von unserer Apotheke wurden monatlich an das Klinikum Delmenhorst Verbrauchswerte übermittelt, die dem Krankenhaus eine interne Kontrolle ermöglicht haben.

Zusätzlich zu diesen monatlichen Meldungen, die dem Klinikum Delmenhorst eine Übersicht und damit auch Kontrollmöglichkeit gegeben haben, wurde Delmenhorst auf den gestiegenen Gilurytmal-Verbrauch ausdrücklich hingewiesen. Im Frühjahr 2004 wurde die Arzneimittelkommission, die sich aus den leitenden Klinikmitarbeitern von Delmenhorst und dem Krankenhausapotheker zusammensetzt, auf den gestiegenen Verbrauch aufmerksam gemacht. Die Arzneimittelkommission des Klinikums Delmenhorst ist zuständig für die Wertung von Medikamentenverbräuchen und die Steuerung von Standard-Medikamenten. So hat sich am 13. April 2004 die Arzneimittelkommission in Delmenhorst mit dem Medikament Gilurytmal befasst und dabei selbst entschieden, dieses Medikament aufgrund der großen Anzahl von Sonderanforderungen zu einem Standard-Medikament umzulisten, um die Anforderung dieses Medikamentes zu erleichtern.

Man kann also zusammenfassen:

1. Jede Arzneimittelbestellung von Delmenhorst hat ein Arzt legitimiert.
2. Das Klinikum Delmenhorst erhielt jeden Monat eine detaillierte Einzelauflistung der bestellten Arzneimittel und hatte so seinerseits jederzeit einen Überblick über seinen Medikamentenverbrauch.
3. Auf den gesteigerten Gilurytmal-Verbrauch wurde das Klinikum Delmenhorst seinerzeit auch noch ausdrücklich im Jahr 2004 hingewiesen.

Grundsätzlich ist der Zugang zu Medikamenten vor unberechtigtem Zugang durch Dritte zu schützen und ist bis auf wenige Ausnahmen für examinierte Krankenpflegekräfte auf den Stationen unbeschränkt. Der tägliche Umgang mit Medikamenten gehört zum ureigenen Berufsbild der Krankenpflegekräfte, eine Beschränkung macht nur bedingt Sinn. Gerade die Notfallmedikamente müssen frei und ohne Hürde erreichbar sein, damit diese im Notfall eben auch schnell dem Arzt gereicht oder dem Patienten verabreicht werden können. Nicht vergessen werden darf eben, dass es sich hierbei um einen eigenmächtigen, missbräuchlichen Einsatz von Alltagsgegenständen, denn dies sind Medikamente im Krankenhaus, durch einen Einzelnen handelt. Dieser Missbrauch als Mordwerkzeug ist das eigentliche Verbrechen in diesem Fall, begangen von einem Fehlgeleiteten.

### **Ausblick**

Was sehen wir jetzt als unsere Aufgabe? Für uns stehen die Verstorbenen in unserem Haus im Vordergrund. Ich kann die Geschehnisse der Vergangenheit nicht ungeschehen machen, obwohl dies mein innigster Wunsch wäre und ich bedauere zutiefst, dass aufgrund der möglichen Taten des Niels H. den Angehörigen jetzt zusätzliches Leid zugefügt wird.

Zwei Dinge haben wir uns aber dennoch vorgenommen:

Zum einen werden wir von uns aus zeitnah auf die Angehörigen der betroffenen Patienten zugehen, um hier unbürokratische Lösungen zu finden. Auch haben wir bereits Kontakt mit unserem Versicherer aufgenommen. Auch wenn es die Tat eines einzelnen Exzesstäters gewesen ist, welche wir nicht verhindern konnten, können wir heute zumindest mit den Hinterbliebenen Lösungen zur Entschädigung suchen.

Was können wir sonst noch tun? Wir können weitere Maßnahmen ergreifen, die helfen, solche Täter frühzeitig zu stoppen, ihre Unmenschlichkeit zu entlarven und zu helfen, sie unschädlich für die Gesellschaft zu machen. Es ist aber wichtig, dass wir nicht außer Acht lassen, dass diese Taten mehr als 12 Jahre zurückliegen.

In der Zwischenzeit hat sich bereits viel getan:

So gibt es seit mehreren Jahren bereits ein Beinahe-Unfall-Meldesystem (CIRS), Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen. Auch wurde bereits die systematische Überwachung von Sterberatern aller Bereiche eingeführt. Ergänzend hierzu werden wir noch weitere Systeme einführen, die eine offene Kommunikation und einen offenen Umgang mit Fehlern ermöglichen sollen. Ein Teil dieser Systeme, die Sie in der Zusammenfassung auch schriftlich finden, ist ein sogenanntes Whistle-Blowing-System. Dieses System soll es ermöglichen, unabhängig von Hierarchien und Abhängigkeiten anonym Missstände aufdecken zu können, letztlich der Zivilcourage ein autonomes Instrument zu geben. So wollen wir in Zukunft die unwahrscheinlichen Taten eines wahnsinnigen Einzelnen besser erkennbar machen und stoppen können. Dies ist uns vor zwölf Jahren nicht in dem Maße gelungen, wie wir uns das als Klinikum Oldenburg heute vornehmen. Weitere Maßnahmen werden folgen, einige davon sind in einem Maßnahmenkatalog aufgeführt, um die Patientensicherheit und die Transparenz und Überwachung unseres Handelns zu erhöhen. Diesen Katalog finden Sie im Anhang.

Trotz all der Punkte, die in Bezug auf die Patientensicherheit in Deutschland und auch bei uns verbessert werden müssen, wird es in unserem Haus auch in Zukunft

bedauerlicherweise dazu kommen, dass Patienten, die von vornherein schwer krank zu uns kommen, trotz aller ärztlichen und pflegerischen Heilungsversuchen letztlich ihren schweren Krankheiten erliegen.

Ich möchte hier jetzt nicht mit diesen Maßnahmen vom eigentlichen Thema ablenken, deshalb lasse ich es dabei bewenden, aber es ist am Ende auch wichtig, dass die Menschen, die zukünftig in unser Haus kommen, sicher sein können, dass das Klinikum Oldenburg im Jahr 2014 ein anderes ist als 2002 und wir darüber hinaus alles dafür tun werden, damit so etwas nicht wieder passieren kann. Darüber hinaus hoffe ich, dass nicht ein fehlgeleiteter Mensch die engagierte und aufopferungsvolle Arbeit von all meinen Kollegen in Misskredit bei den Menschen gebracht hat, die Hilfe bei uns suchen. Wir können zwar Menschen nicht hinter die Stirn schauen, aber wir können noch aufmerksamer sein. Dafür stehe ich als Geschäftsführer dieses Klinikums.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!