

Kleine Anfrage

des Abg. Karl Rombach CDU

und

Antwort

des Innenministeriums

Missbrauch des Notrufs und der Notaufnahme

Kleine Anfrage

Ich frage die Landesregierung:

1. Wie kann dem Missbrauch des Notrufs und der Notaufnahme entgegengewirkt werden und wie kann sichergestellt werden, dass bei einem lebensbedrohlichen Notfall Kapazitäten verfügbar sind?
2. Welche Kosten entstehen jährlich dadurch, dass ohne berechtigten Anlass eine Alarmierung über Notruf erfolgt?
3. Können die Kosten bei Missbrauch des Notrufs und Fehlfahrten, bei denen ein Patient gar nicht in die Notaufnahme transportiert werden muss, dem Patienten zugeordnet und in Rechnung gestellt werden?
4. Wie kann die Bevölkerung dafür sensibilisiert werden, wann ein Notruf geboten ist und wann nicht?
5. Sollte vermehrt geprüft werden, ob der Einsatz eines Rettungs- oder Krankentransportwagens unter medizinischen Gesichtspunkten notwendig war und wenn ja, wie kann dies ohne Risiko für die Bevölkerung umgesetzt werden?
6. Mit welchen Maßnahmen kann sichergestellt werden, dass die Kostensituation stabil bleibt?

17. 02. 2014

Rombach CDU

Begründung

Das Deutsche Rote Kreuz hat mit Missbrauch des Rettungsdiensts zu kämpfen, da Patienten ihre Krankheitssymptome falsch deuten und die ständige Verfügbarkeit des Rettungsdiensts ausnutzen. Erst vor Ort stellt sich heraus, dass es sich gar nicht um einen Notfall handelt.

Durch ein bundesweites Gutachten wird bestätigt, dass der Rettungsdienst als niederschwellig verfügbare Institution angesehen wird, was heißt, dass viele Menschen zu bequem sind, den Hausarzt oder einen Facharzt aufzusuchen.

Eine weitere bundesweite Studie kam zu dem Ergebnis, dass in allen deutschen Kliniken zwei Drittel der Notfallaufnahme-Patienten keine echten Notfälle sind.

Antwort

Mit Schreiben vom 13. März 2014 Nr. 4-0267.2/1/153 beantwortet das Innenministerium in Abstimmung mit dem Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren die Kleine Anfrage wie folgt:

1. Wie kann dem Missbrauch des Notrufs und der Notaufnahme entgegengewirkt werden und wie kann sichergestellt werden, dass bei einem lebensbedrohlichen Notfall Kapazitäten verfügbar sind?

Zu 1.:

Nach Mitteilung der beiden DRK Landesverbände Baden-Württemberg und Badisches Rotes Kreuz als Träger der Leitstellen für den rettungsdienstlichen Teil lässt sich in Baden-Württemberg kein signifikanter Missbrauch des Notrufes feststellen. Festzustellen ist jedoch, dass immer wieder Fahrzeuge der Notfallrettung zum Einsatz kommen, obwohl dies im Nachhinein betrachtet nicht notwendig gewesen wäre.

Diesem Umstand kann entgegengewirkt werden durch Information und Aufklärung der Bevölkerung und durch eine qualifizierte Abfrage des eingehenden Notrufs in den Integrierten Leitstellen.

Eine zentrale Funktion kommt den Disponentinnen und Disponenten der Integrierten Leitstellen zu. Diese müssen gut ausgebildet und regelmäßig geschult werden, um eine möglichst genaue Notrufabfrage durchführen zu können und das richtige Einsatzmittel zu disponieren. Hierzu hat das Land in der Anlage 3 der „Gemeinsamen Hinweise zur Leitstellenstruktur der nichtpolizeilichen Gefahrenabwehr“ entsprechende Ausbildungsinhalte festgelegt. Im Rahmen der Novellierung des Rettungsdienstgesetzes (RDG) im Jahre 2009 wurde zudem eine jährliche Fortbildungspflicht für das Rettungsdienstpersonal und die Leitstellendisponenten verankert (§ 9 Absatz 3 RDG). Im Rettungsdienstbereich Ravensburg wird derzeit ein Modellvorhaben durchgeführt, bei dem die Auswirkungen einer sogenannten „Standardisierten Notrufabfrage“ erhoben werden. Ziel des Modellvorhabens ist unter anderem eine effektivere und indikationsgenauere Steuerung der Einsatzmittel.

Eine weitere zentrale Maßnahme für eine konsequente Einsatzsteuerung aller Mittel der Notfallversorgung eines Versorgungsbereichs (kassenärztlicher Bereitschaftsdienst, Krankentransport und Rettungsmittel der Notfallversorgung – Notarzt, Rettungswagen) stellt die Vermittlung des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes durch die Integrierten Leitstellen dar. Die Annahme und Einsatzlenkung des kassenärztlichen Notfalldienstes sowie des Rettungsdienstes und Notarztes in akuten medizinischen Notfällen aus einer Hand führt zu einer indikationsgerechteren Einsatzsteuerung und bietet zudem für die Bürgerinnen und Bürger den Vorteil einer zentralen Ansprechstelle für medizinische Notfälle aller Art.

In Baden-Württemberg findet derzeit gemeinsam mit der Kassenärztlichen Vereinigung und den örtlichen Leitstellen ein flächendeckender Implementierungsprozess statt. Es wird sich zeigen, inwieweit dadurch künftig eine genauere Einsatzsteuerung aller Mittel der medizinischen Versorgung eines Versorgungsbereiches ermöglicht wird.

Flankierend hierzu hat Baden-Württemberg zusammen mit Hessen im Februar diesen Jahres die Bundesratsinitiative zur Anpassung des Sozialgesetzbuches – Fünftes Buch (SGB V) –, nachdem diese der Diskontinuität unterfallen war, erneut in den Bundesrat eingebracht. Mit dieser Gesetzesinitiative soll insbesondere auch eine gesetzliche Ermächtigung für die Länder geschaffen werden, die es ihnen ermöglicht, durch Landesrecht die Alarmierung der Einsätze des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes durch die Leitstellen verpflichtend vorzusehen.

Die Einbeziehung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes in das System der Rettungsleitstellen, regelmäßige Schulungen der Disponenten, aber auch eine bessere Information der Bevölkerung über die Funktion der Notrufnummer 112 für Hilfersuchen bei Lebens- und akuter Gesundheitsgefahr in Abgrenzung zur Rufnummer 116 117 für den ärztlichen Bereitschaftsdienst sind geeignet, die ärztlichen und notärztlichen Ressourcen bestmöglich einzusetzen und Kapazitäten für lebensbedrohliche Notfälle verfügbar zu haben. Zudem können diese Maßnahmen zu einer Verbesserung der Patientensteuerung und damit zu einer Entlastung der Notaufnahme in den Krankenhäusern führen.

Zur Sicherstellung von Kapazitäten bei einem lebensbedrohlichen Notfall in Krankenhäusern regelt der Krankenhausplan Baden-Württemberg, der die bedarfsgerechten Krankenhäuser und Betriebsstellen ausweist (§ 6 Abs. 1 Satz 2 Landeskrankenhausgesetz -LKHG), Folgendes:

Bei der Berechnung des Bedarfs der Planbetten wird von der Planungsbehörde eine „planerische Reserve“ berücksichtigt. Als Richtwerte für die angemessene Bettennutzung werden – je nach Fachgebiet – bei der Bedarfsberechnung lediglich Werte zwischen 75 % bis 90 % angesetzt. Diese „Reserve“ soll sicherstellen, dass Plankrankenhäuser auf Schwankungen im Bedarf, insbesondere auf unvorhersehbare Notfälle, angemessen reagieren können und ausreichend Betten zur Versorgung vorhalten. Die Krankenhausplanung im Land berücksichtigt die Bedürfnisse der Sicherstellung der Notfallversorgung auch in anderen Bereichen (vergleiche §§ 3 a Abs. 1, Abs. 2, 6 Abs. 1 Satz 7, 7 Abs. 2 Satz 1 LKHG). Wie § 6 Abs. 1 Satz 7 LKHG klarstellt, hat der Krankenhausplan insbesondere den Anforderungen an eine ortsnahe Notfallversorgung Rechnung zu tragen.

Krankenhäuser sind innerhalb ihres Einzugsbereichs entsprechend ihrer Aufgabenstellung zur Zusammenarbeit verpflichtet, wobei sich die Zusammenarbeit insbesondere auf die Krankenhausaufnahme einschließlich der Notfallaufnahme erstreckt, § 3 a Abs. 1 LKHG.

Des Weiteren wird auch durch die im Landeskrankenhausgesetz geregelten Pflichten und Organisation der Krankenhäuser sichergestellt, dass bei einem Notfall ausreichend Kapazitäten verfügbar sind. Krankenhäuser müssen beispielsweise nach § 29 Abs. 1 LKHG ihrer Aufgabenstellung entsprechend aufnahme- und dienstbereit sein und rechtzeitige ärztliche Hilfeleistung gewährleisten. Die Vorschrift stellt sicher, dass Patienten in dringenden Fällen außerhalb der üblichen Dienstzeiten des Krankenhauses aufgenommen und versorgt werden. Zwar behandeln auch Krankenhäuser zum Teil ambulante Notfälle. Damit die Notaufnahmen der Kliniken sich jedoch entsprechend ihrer Aufgabe und Vorhaltungen primär um die stationär behandlungsbedürftigen Notfälle kümmern können, ist es sinnvoll, dass im Rahmen des kassenärztlichen Notfalldienstes Notfallpraxen der niedergelassenen Ärzte verstärkt an oder in der unmittelbaren Nähe von Krankenhäusern angesiedelt werden. So hat die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg zum Jahreswechsel 2013/2014 eine Reform des Notfalldienstes initiiert, mit der unter anderem die Notfallpraxen mehrheitlich an Krankenhäusern angesiedelt werden. Dadurch wird auch dem Umstand Rechnung getragen, dass Patienten im Notfall – auch wenn sie eigentlich nur eine ambulante Behandlung benötigen würden – oftmals ein Krankenhaus aufsuchen, sei es aus Unkenntnis des kassenärztlichen Notfalldienstes, sei es weil sie ihre Krankheitssymptome falsch deuten.

2. Welche Kosten entstehen jährlich dadurch, dass ohne berechtigten Anlass eine Alarmierung über Notruf erfolgt?

Zu 2.:

Wie unter Ziffer 1. ausgeführt, sind den Trägern der Integrierten Leitstellen für den rettungsdienstlichen Teil keine Fälle bekannt, die einen signifikanten nachweisbaren Missbrauch der Notrufnummer 112 darstellen. Eine entsprechende Kostendarstellung kann daher nicht vorgelegt werden.

3. Können die Kosten bei Missbrauch des Notrufs und Fehlfahrten, bei denen ein Patient gar nicht in die Notaufnahme transportiert werden muss, dem Patienten zugeordnet und in Rechnung gestellt werden?

Zu 3.:

Ein nicht erfolgter Transport eines Patienten in die Notaufnahme kann weder mit einem Missbrauch des Notrufes gleichgesetzt, noch als ein nicht medizinisch indizierter Rettungseinsatz eingestuft werden. Das Rettungsdienstsystem in Deutschland zielt durch den präklinischen Einsatz gut ausgebildeter Notärzte und Rettungskräfte darauf ab, bereits vor Ort eine bestmögliche und ausreichende Hilfe zu leisten. Eine Krankenhauseinweisung ist dann häufig nicht mehr nötig.

Ziel einer Bundesratsinitiative ist deshalb die Forderung nach einer Verankerung des Rettungsdienstes als eigenständiges Leistungssegment im SGB V mit einer Abrechnungsmöglichkeit für Leistungen des Rettungsdienstes auch ohne einen (zwingenden) weiteren Transport des Patienten in ein Krankenhaus. Die bisherige Kostenerstattung für Leistungen des Rettungsdienstes nach § 60 Abs. 1 SGB V erfolgt nur dann, wenn der Einsatz mit einer weiteren Leistung der Krankenkassen zusammenhängt, etwa bei der Einlieferung des Patienten in ein Krankenhaus. Der Rettungsdienst hat sich jedoch zu einem eigenständigen, hochspezialisierten medizinischen Leistungsbereich im vorklinischen Bereich entwickelt, dem die bisherige Abrechnungsregelung im SGB V als bloßer Bestandteil von „Fahrtkosten“ beziehungsweise der „Versorgung mit Krankentransportleistungen“ in Abhängigkeit von einer Weiterbehandlung in einem Krankenhaus nicht mehr gerecht wird.

Für den Fall, dass ein Rettungsdiensteinsatz durch ein vorsätzliches oder grob fahrlässiges Verhalten eines Dritten notwendig geworden und die Erhebung des Benutzungsentgeltes beim Benutzer nicht möglich oder unzumutbar ist, kann der Erbringer der Rettungsdienstleistung gemäß § 28 a Abs. 1 RDG vom Verursacher Kostenersatz bis zur Höhe des Benutzungsentgeltes verlangen. Ist der Rettungsdiensteinsatz wider besseres Wissen oder infolge grob fahrlässiger Unkenntnis der Tatsachen veranlasst worden, hat der Erbringer der Rettungsdienstleistung nach § 28 a Abs. 2 RDG einen Anspruch auf Kostenersatz gegenüber dem Veranlasser des Einsatzes. Dies bedeutet, dass die Leistungsträger bei dieser missbräuchlichen Nutzung von Rettungsdienstleistungen die rechtliche Möglichkeit haben, die Kosten für einen Einsatz dem Verursacher in Rechnung zu stellen. Schwierig ist die Durchsetzbarkeit, da eine vorsätzliche oder grob fahrlässige Handlung schwer nachweisbar sein dürfte. Notfallsituationen sind grundsätzlich sehr dynamischen Vorgängen unterworfen und das Empfinden einer Notfallsituation wird von den Patienten oder von am Notfallort sich befindenden Dritten sehr unterschiedlich eingeschätzt. Zudem handelt es sich bei einer Notfallsituation um eine Ausnahmesituation, die mit einem hohen Angst- und Verunsicherungspotenzial verbunden ist.

4. Wie kann die Bevölkerung dafür sensibilisiert werden, wann ein Notruf geboten ist und wann nicht?

Zu 4.:

Eine Sensibilisierung der Bevölkerung in der Nutzung der Notrufnummer 112 findet in der Erste-Hilfe-Ausbildung statt, die möglichst schon im Schulunterricht durchgeführt werden sollte. Zudem sind gezielte Informationen und Veröffentli-

chungen geeignet, die Bevölkerung über den gebotenen Einsatz der Notrufnummer 112 aufzuklären, wie zum Beispiel die in 2013 durchgeführte landesweite Initiative „Baden-Württemberg gegen den Schlaganfall“ mit dem Ziel, Symptome frühzeitig zu erkennen, nicht zuzuwarten und frühzeitig medizinische Hilfe zu rufen.

In Abgrenzung zur Notrufnummer 112 sollte in der Öffentlichkeit noch stärker auch die Rufnummer des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes 116 117 beworben werden. So hat das Innenministerium in seiner Pressemitteilung zum Europäischen Notruftag 2014 darauf wie folgt hingewiesen: „Die Notrufnummer 112 solle aber nur für echte Notfälle genutzt werden, um einen Rettungswagen oder die Feuerwehr zu rufen und nicht für Nachfragen zum hausärztlichen Notdienst oder sonstige ärztliche Fragen. Hierfür sei in der Nacht und am Wochenende der Ärztliche Bereitschaftsdienst zuständig. Unnötige Anrufe könnten das System überlasten und so das Leben derer gefährden, die wirklich dringend Hilfe benötigen.“

Im Zweifelsfall müssen aber immer die Sicherheit und das Wohl der Menschen Vorrang haben.

5. Sollte vermehrt geprüft werden, ob der Einsatz eines Rettungs- oder Krankentransportwagens unter medizinischen Gesichtspunkten notwendig war und wenn ja, wie kann dies ohne Risiko für die Bevölkerung umgesetzt werden?

Zu 5.:

In Baden-Württemberg wurde 2012/2013 eine landesweit tätige, trägerunabhängige zentrale Stelle für Qualitätssicherung im Rettungsdienst (SQR-BW) eingerichtet, die für die gesamte Rettungskette derzeit Qualitätskriterien erarbeitet und in der Folge auswerten wird. Ziel ist es, anhand dieser Ergebnisse die rettungsdienstlichen Vorhaltungen, die Disposition und die Versorgung der Patienten zu prüfen und gegebenenfalls Verbesserungspotenziale aufzuzeigen.

6. Mit welchen Maßnahmen kann sichergestellt werden, dass die Kostensituation stabil bleibt?

Zu 6.:

Die Steigerung der Versorgungsqualität der Bevölkerung in Baden-Württemberg sollte nicht in erster Linie unter dem Gesichtspunkt einer konstanten Kostensituation betrachtet werden. Entscheidend ist die Sicherstellung einer am Bedarf und der Notwendigkeit ausgerichteten medizinischen Versorgung. Wie in der Stellungnahme zum Antrag der Fraktion der SPD (Drucksache 15/4369) zu „Strukturellen Unterschieden bei der Finanzierung des Rettungswesens im Bundesvergleich und die Folgen“ ausführlich dargelegt, erbringt der Rettungsdienst im Land eine hohe Versorgungsqualität bei einer im Bundesvergleich stabilen Kostensituation. Zu den bereits heute genutzten Wirtschaftlichkeitspotenzialen und Synergieeffekten wird auf vorgenannte Stellungnahme verwiesen.

Gall

Innenminister