

Eine Intensivstation auf Rädern

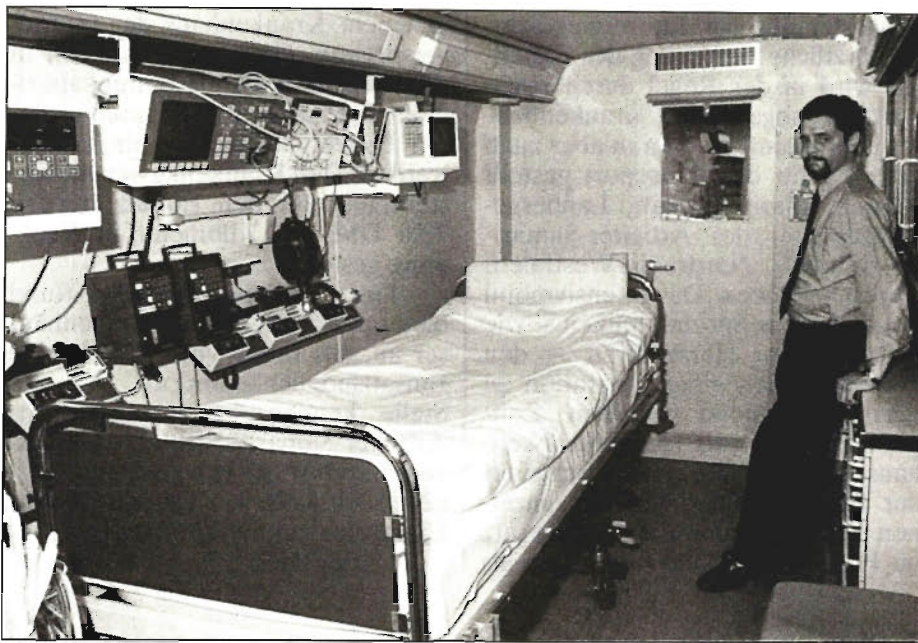
Das „Notarzt-Intensivmobil“ für Patienten, die bisher als nicht transportfähig galten

Seit Oktober letzten Jahres ist ein neuentwickeltes „Notarzt-Intensivmobil“ des Arbeiter-Samariter-Bundes Nordrhein-Westfalen im Einsatz. Es handelt sich um ein in Europa einmaliges Spezialfahrzeug auf der Basis eines Reisebusses, der in dieser Größe normalerweise mit 52 Sitzplätzen ausgestattet wäre. Mit einem Kostenaufwand von 1,3 Millionen DM wurde dieses Fahrzeug zu einer fahrbaren Intensivstation ausgebaut. Das Intensivmobil hat seinen Standort in Hürth-Hermülheim bei Köln und ist rund um die Uhr im gesamten Bundesgebiet einsatzbereit. Auch Transporte aus dem Ausland werden durchgeführt.

Dieses neue Fahrzeug bietet Transport-, Überwachungs- und Behandlungsmöglichkeiten für solche Patienten, die bisher als nicht transportfähig galten oder deren Verlegung mit hohem Transportrisiko verbunden war. So bei schwersten Verbrennungen, Rückenmarkverletzungen, schweren kardiologischen Notfällen oder Polytraumatisierten mit Beatmungsproblemen.

Der Patient wird unter Beibehaltung aller Überwachungs- und Behandlungskriterien in einem Intensivpflegebett in den Behandlungsraum des Notarzt-Intensivmobils übernommen und dort unter optimalen klinischen Bedingungen an den Zielort befördert. So besteht die Möglichkeit, jedes Kranken- oder Intensivpflegebett über eine rückfrei arbeitende Hydraulikbühne in das Fahrzeug zu heben und zu befestigen, so daß eine Umlagerung des Patienten nicht erforderlich ist.

Zur Kreislaufüberwachung und -behandlung steht den Ärzten ein EKG-Gerät zur Verfügung mit einer



Innenansicht des „Notarzt-Intensivmobils“, das – ursprünglich ein Reisebus – mit einem Aufwand von 1,3 Millionen DM umgerüstet und ausgestattet wurde Fotos (2): Kutz



Bildschirmanzeige der Herzrhythmus, der Körpertemperatur, der aktuellen Atmungswerte und des Blutdrucks. Das EKG ist auch mit einem Aufzeichnungsgerät verbunden. Daneben steht ein externer Schrittmacher zur Verfügung. Für Notfallsituationen ist das Intensivmobil mit einem Defibrillator ausgerüstet. Injektionen und Infusionen werden über Injektomatensysteme beziehungsweise Infusionspumpen mit automatischer Dosierung gesteuert.

Das Intensivmobil verfügt ebenfalls über ein Photometer zur schnellen Bestimmung der wichtigsten Laborwerte. Am Beatmungsgerät mit einem Narkoseteil für Halothan- und Lachgasbeimischung können alle Beatmungsparameter vom Säug-

ling bis zum Erwachsenen eingestellt werden. Der gezielte Einsatz des Beatmungsautomaten wird durch ein Blutanalysegerät gewährleistet, mit dem die Blutgaswerte kontrolliert werden können. Auch ein Ultraschall-Untersuchungsgerät ist an Bord. Über die vorhandene Ausstattung hinaus kann jedes Spezialgerät aus der verlegenden Klinik in das Intensivmobil zusätzlich aufgenommen und betrieben werden, da durch zwei unabhängig voneinander arbeitende 18 000-Watt-Aggregate die Stromversorgung als 12 V, 24 V, 220 V und 380 V Spannungsstärke sichergestellt ist.

Die Besatzung des Fahrzeugs besteht aus einem Fahrer sowie einem Sanitäter oder einer Kranken-

schwester aus der Intensivmedizin. Die ärztliche Betreuung des Patienten wird in der Regel durch einen Arzt des abgebenden Krankenhauses übernommen, es kann aber auch ein Arzt für den Transport gestellt werden. Mario Nowak, Landesgeschäftsführer des Arbeiter-Samariter-Bundes Nordrhein-Westfalen, gibt zu bedenken: Das Intensivmobil ermöglicht es Spezialkliniken – wie beispielsweise Herzzentren –, den Patienten nach einer Operation zu einem bedeutend früheren Zeitpunkt wieder in ein Heimatkrankenhaus zu überführen. Hierdurch sinkt der Kostenaufwand für den einzelnen Patienten, denn der Pflegesatz im Herzzentrum liegt weit höher als

Krankenhausfinanzierung:

Leistungsorientierte Sonderentgelte steuerungseffizient

Prospektiv kalkulierte Sonderentgelte, wie sie die novellierte Bundespflegesatzverordnung (§ 6) vorsieht, sind geeignet, positive Steuerungs- und Rationalisierungswirkungen im Krankenhaus zu entfalten. Allerdings werden zwischen den Vertragsparteien (gesetzliche Krankenkassen und Krankenhausträger) nur in Ausnahmefällen solche katalogmäßig in der Bundespflegesatzverordnung ausgewiesene Sonderentgelte vereinbart und abgerechnet. Nach den Erfahrungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), Düsseldorf, sind solche Sonderentgelte bisher nur in zwei Prozent der Fälle vereinbart worden. Sie spielen lediglich in Hochschulkliniken und Krankenhäusern der Maximalversorgung eine gewisse Rolle.

Daß von den in der Bundespflegesatzverordnung verankerten „Kann“-Vorschriften noch zu wenig Gebrauch gemacht wird, ist darauf zurückzuführen, daß sowohl die gesetzlichen als auch die privaten Krankenversicherungen unterstel-

in einem Krankenhaus der Grundversorgung. Gleichzeitig können in der Spezialklinik freie Bettenkapazitäten geschaffen und dadurch weiteren Patienten Chancen eingeräumt werden. Den Krankenkassen als Kostenträger für den Einsatz werden 7,50 DM pro Kilometer in Rechnung gestellt.

Der Arbeiter-Samariter-Bund bietet den Ärzten aller Krankenhäuser an, das Intensivmobil und seine Einsatzmöglichkeiten an Ort und Stelle kennenzulernen. Anschrift: Arbeiter-Samariter-Bund, Landesverband NW e. V., Aachener Str. 621, 5000 Köln 41, Telefon-Nr. der Einsatzzentrale: 0 22 35/4 20 11.

Detlef Kutz

len, daß die Krankenhausträger und -verwaltungen die Bestimmungen zur Sonderentgeltvereinbarung „ausnutzen“, um im Wege einer Vollkostenkalkulation oder der Berechnung variabler Einkaufspreise Kostenelemente aus dem allgemeinen Pflegesatz auszugliedern und außerhalb des Budgets zu berechnen. Demgegenüber beurteilt ein im Auftrag des Bundesarbeitsministeriums erstelltes krankenhauspoltisches Gutachten die Abrechnung über Sonderentgelte durchweg positiv, falls die mit deren Einsatz erzielten Rationalisierungsgewinne und Betriebsüberschüsse zumindest befristet den Krankenhausträgern verbleiben.

Nach dem 1985 novellierten Krankenhausfinanzierungsrecht können Sonderentgelte neben den allgemeinen und den besonderen Pflegesätzen kalkuliert und abgerechnet werden. Sonderentgelte können damit nicht den Charakter von Fallpauschalen annehmen, mit denen auch Vollkosten vergütet werden. Als Fallpauschalen können Sonderentgelte nach § 21 BPfIV mit den Krankenkassen vereinbart werden. Das Gutachten (Schriftenreihe des Bundesarbeitsministeriums, Reihe „Gesundheitsforschung“, Forschungsbericht, Band 154) kommt zu folgenden Ergebnissen:

▷ Bei der Ermittlung von Sonderentgelten müssen die Kostenarten aus Kalkulationsschema 6 der

Anlage 1 zu § 16, Absatz 4 Bundespflegesatzverordnung (Personalkosten für den ärztlichen, pflegerischen Dienst, medizinisch-technischen Dienst und Funktionsdienste, Kosten für den medizinischen Bedarf) berücksichtigt werden, sofern die Kostenarten bei der Erbringung einer der in § 16 BPfIV aufgelisteten Sonderleistungen anfallen. Ausnahmen sind nur dann möglich, wenn der Aufwand für die Kalkulation einer bestimmten Kostenart in keinem akzeptablen Verhältnis zu dem Anteil dieser Kostenart am Sonderentgelt steht. In solchen Fällen kann auch ein Sonderentgelt auf der Grundlage von Teilkosten zulässig sein, die in K 6 aufgeführt sind.

▷ Die Kalkulation sollte immer für das Sonderentgelt einer einzelnen Leistung erfolgen. Der Gesamtbetrag, der aus dem Budget auszugliedern ist, ergibt sich dann durch die Multiplikation des kalkulierten Sonderentgelts und der geplanten Menge.

▷ Gewinne und Verluste aus der Vereinbarung von Sonderentgelten werden nicht ausgeglichen. Es gibt grundsätzlich auch dann keinen Ausgleich, wenn die tatsächliche Inanspruchnahme der Sonderleistungen geringer oder höher ausfällt, als von den Vertragsparteien angenommen.

▷ Die Vereinbarung von Sonderentgelten ist nach der Legalinterpretation der Bundespflegesatzverordnung nicht schiedsstellenfähig. Die Abrechnung von solchen Leistungen setzt die Zustimmung beider Vertragsparteien voraus. Die Laufzeit der Vereinbarung über Sonderentgelte ist ebenfalls wie die Laufzeit des Budgets den Vertragsparteien überlassen.

▷ Steuerungswirksam und kostenregulierend kann die Kalkulation von Sonderentgelten auf der Grundlage der Sachkosten sowie der direkt zuzurechnenden Personalkosten sein, und zwar aus zwei Gründen:

● Es ist damit zu rechnen, daß Mengen und Kosten des Mitteleinsatzes für die Erbringung von Sonderleistungen – soweit diese medizinisch vertretbar sind – zurückgehen werden, wenn diese Leistungen se-