

# Neue Formen der Kooperation

*Integrationsversorgung und Medizinische Versorgungszentren bieten erweiterte Möglichkeiten für Praxis und Krankenhaus – Folge 22 der Reihe „Arzt und Recht“*

von **Dirk Schulenburg\***

**A**m 1. Januar 2004 ist das Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz-GMG) v. 14.11.2003 (BGBl I 2190) in Kraft getreten. Das Gesetz sieht neben der in der Öffentlichkeit vornehmlich diskutierten Verbreiterung der Finanzierungsbasis auch weitreichende strukturelle Veränderungen vor.

Im Bereich der Integrationsversorgung (§§ 140 b ff. SGB V) bieten sich insbesondere mit den neu eingeführten Medizinischen Versorgungszentren (§ 95 SGB V) neue Möglichkeiten der Kooperation von Praxis und Krankenhaus.

## Einzelverträge möglich

Das GMG hält zwar grundsätzlich an dem Kollektivvertragssystem mit dem Sicherstellungsauftrag durch die Kassenärztlichen Vereinigungen fest, gleichwohl besteht nunmehr jedoch auch die Möglichkeit zum Abschluss von Einzelverträgen.

Die weitestgehenden Möglichkeiten bieten insoweit die Vorschriften zur integrierten Versorgung. Ziel dieser bereits zuvor im Gesetz verankerten Versorgungsform ist es, die einzelnen Versorgungsbereiche besser miteinander zu verzahnen, indem Sektoren übergreifende Verträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern ermöglicht werden.

Das GMG erweitert die Möglichkeiten der integrierten Versorgung insoweit, als nunmehr auch interdisziplinäre Versorgungsangebo-

te – zum Beispiel der verschiedenen vertragsärztlichen Fachrichtungen oder haus-/fachärztlich – vereinbart werden können.

Der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen ist, soweit eine integrierte Versorgung durchgeführt wird, neuerdings eingeschränkt (§ 140 a Abs. 1 SGB V). Die Vertragsärzte unterliegen in diesem Umfang nicht mehr den kollektivvertraglichen Vorgaben.

## Anschubfinanzierung

Gesetzlich ist darüber hinaus bis zum Jahre 2006 eine Anschubfinanzierung in Höhe von 1 Prozent der Gesamtvergütung sowie 1 Prozent der Rechnungsbeträge der einzelnen Krankenhäuser für voll- und teilstationäre Leistungen der integrierten Versorgung vorgesehen.

Integrationsverträge mit den Krankenkassen können insbesondere zugelassene Ärzte, Träger zugelassener Krankenhäuser, Träger stationärer und ambulanter Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sowie Träger von „Medizinischen Versorgungszentren“ schließen (§ 140 b Abs. 1 SGB V).

## Medizinische Versorgungszentren

Die Medizinischen Versorgungszentren sind als Leistungserbringer neu eingeführt worden. Es handelt sich dabei um fachübergreifende, ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen Ärzte, die in das Arztregister eingetragen sind, als Angestellte

oder als Vertragsärzte tätig sind (§ 95 Abs. 1 SGB V).

Kennzeichnend für ein derartiges Zentrum ist der interdisziplinäre Charakter des Angebotes von Gesundheitsleistungen in einheitlicher Trägerschaft. Das Medizinische Versorgungszentrum selbst wird zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen und erbringt die vertragsärztlichen Leistungen mit Hilfe der bei ihm angestellten Ärzte.

Die Medizinischen Versorgungszentren können sich grundsätzlich aller zulässigen Rechtsformen bedienen. Gründer eines solchen Zentrums können alle Leistungserbringer sein, also auch Krankenhausärzte. Auch die Gründung Medizinischer Versorgungszentren unterliegt aber den allgemeinen vertragsärztlichen Zulassungsbeschränkungen und der Bedarfsplanung.

## Kooperation Klinik – Praxis

Zugleich hat das Gesetz auch die Möglichkeiten von Krankenhäusern zur Teilnahme an der ambulanten Versorgung erheblich erweitert. So können die Krankenkassen mit zugelassenen Krankenhäusern Verträge über die Erbringung hoch spezialisierter Leistungen sowie zur Behandlung seltener Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Behandlungsverläufen abschließen. Weitergehende Öffnungen der Krankenhäuser sind im Falle einer Unterversorgung sowie bei der Teilnahme von Krankenhäusern an besonderen strukturierten Behandlungsprogrammen möglich.

Im Rahmen der Integrationsversorgung können Krankenhäuser nunmehr auch mit Vertragsärzten vereinbaren, dass das Krankenhaus auch ambulante ärztliche Leistungen erbringt. Eine derartige Öffnung eines Krankenhauses ist in Integrationsverträgen aber immer nur dann möglich, wenn und soweit Vertragsärzte an einem Integrationsvertrag teilnehmen; dies gilt grundsätzlich auch über den Zulassungsstatus des Krankenhauses hinaus (§ 140 b Abs. 4 SGB V).

Besondere Möglichkeiten der Kooperation zwischen Praxis und Krankenhaus ergeben sich, da auch Träger von Medizinischen Versorgungszentren – unter Umständen

\* Dr. iur. Dirk Schulenburg ist Justiziar der Ärztekammer Nordrhein.

gegründet durch einen Krankenhausträger – Integrationsverträge mit den Krankenkassen abschließen können. Zudem ist der Grundsatz der Beitragsstabilität für Integrationsverträge, die bis zum 31.12.2006 abgeschlossen werden, suspendiert (§ 140 b Abs. 4 SGB V).

Die gesetzlich neu geregelte Integrationsversorgung und die neu eingeführten Medizinischen Versor-

gungszentren bieten ein erhebliches Innovationspotential.

Der 107. Deutsche Ärztetag in Bremen wird sich in diesem Zusammenhang auch mit Änderungen der (Muster-)Berufsordnung befassen, um Ärztinnen und Ärzten berufsrechtlich dieselben Freiräume einzuräumen, wie sie der Sozialgesetzgeber bereits eingeräumt hat.

phylococcus aureus sowie eine maximale Keimbelastung von < 10 KBE/ml in der Durchspüllösung des Optikspülsystems. Bei Nichteinhaltung kommt es zu gestaffelten Sanktionen.

Zur Qualitätssicherung in der Endoskopie liegen diverse Empfehlungen vor, so von der *Bundesärztekammer (2000)* und speziell zur Hygiene vom *RKI (2003)*. Eine informative Übersicht liefert das Buch „Qualitäts- handbuch der gastrointestinalen Endoskopie“ (*Schmeck-Lindenau 2003*).

Die nachfolgende Checkliste spricht die wesentlichen hygienischen Fragen für den Bereich der Endoskopie in der niedergelassenen Praxis an. Die Checkliste soll helfen, die Verhältnisse vor Ort zu prüfen und gegebenenfalls zu verbessern. Sie bezieht sich in erster Linie auf die gängigen Untersuchungen wie Gastroskopie, Duodenoskopie und Koloskopie.

An Untersuchungen wie ERCP, Leberpunktion oder Laparoskopie sind weitergehende spezielle Anforderungen zu stellen, die den Umfang der vorliegenden Checkliste sprengen würden (*siehe dazu zum Beispiel Schmeck-Lindenau 2003*).

Es wird auch auf die allgemeine Checkliste „Hygiene in der Arztpraxis“ im Rheinischen Ärzteblatt (*Oktober 2003, im Internet verfügbar unter [www.aekno.de/archiv/2003/10/011.pdf](http://www.aekno.de/archiv/2003/10/011.pdf)*) sowie die neue TRBA 250 verwiesen.

*Literatur bei den Verfassern.*

*Anschrift:*

*Prof. Dr. med. Walter Popp, Martin Hilgenhöner und Dr. med. Dorothea Hansen, Krankenhaushygiene Universitätsklinikum Essen, Hufelandstr. 55 in 45122 Essen.*

*Prof. Dr. med. Martin Exner und PD Dr. med. Steffen Engelhart, Institut für Hygiene und Öffentliche Gesundheit, Universitätsklinikum Bonn, Sigmund-Freud-Straße 25 in 53105 Bonn*

*Die Literaturliste ist auch verfügbar im Internet unter [www.aekno.de](http://www.aekno.de) in der Rubrik „Rheinisches Ärzteblatt/Themen“.*

## Hygiene der Endoskopie in der Arztpraxis

*Checkliste zu den wesentlichen hygienischen Fragen für den Bereich der Endoskopie in der niedergelassenen Praxis*

**von Walter Popp<sup>1</sup>, Martin Hilgenhöner<sup>1</sup> Steffen Engelhart<sup>2</sup>, Dorothea Hansen<sup>1</sup> und Martin Exner<sup>2</sup>**

Übertragungen von Hepatitis B, Hepatitis C, Mykobakterien und Helicobacter pylori wurden bei ungenügender Aufbereitung von Endoskopen beschrieben (*RKI 2003*). Daher kommt der Endoskop-Aufbereitung im Rahmen des Patientenschutzes eine große Bedeutung zu.

In der HYGEA-Studie (*Bader et al. 2001*), die von der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns unterstützt wurde, wurden Endoskope in 25 klinischen Endoskopieeinrichtungen und 30 Praxen niedergelassener Ärzte im Gebiet von München auf mikrobielle Verunreinigungen nach Aufbereitung untersucht. Dabei wurde die Hälfte der untersuchten 150 Endoskope beanstandet.

Die maschinelle Aufbereitung mit Reinigungs-Desinfektions-Geräten für Endoskope (RDG-E) lieferte deutlich bessere Ergebnisse als die manuelle (*Birkner et al. 2003*). Als Konsequenz wurden eine grundsätzliche manuelle Bürstenreinigung (auch bei maschineller Aufbereitung), eine Endoskopschlussspü-

lung mit desinfiziertem oder sterilfiltriertem Wasser, eine vollständige Trocknung mittels Druckluft vor Lagerung und eine arbeitstägliche Desinfektion oder Sterilisation des Optikspülsystems gefordert. Ohnehin gilt heute die maschinelle Aufbereitung als Stand der Technik.

Seit Ende 2002 wird ab dem 55. Lebensjahr von den gesetzlichen Krankenkassen eine Koloskopie als Darmkrebsvorsorgeuntersuchung bezahlt, die nach 10 Jahren wiederholt werden kann. Im Rahmen der Qualitätssicherungsvereinbarung der KBV überprüft ein anerkanntes Hygieneinstitut halbjährlich die Endoskop-Aufbereitung mittels hygienisch-mikrobiologischer Untersuchung der Durchspülflüssigkeit von 2 Koloskopen je eingesetztem Aufbereitungsverfahren.

Gefordert wird der fehlende Nachweis von E. coli, anderen Enterobacteriaceae oder Enterokokken, von Pseudomonas aeruginosa oder anderen Pseudomonaden oder Nonfermentern und von hygienerelevanten Erregern wie zum Beispiel Sta-

<sup>1</sup> Professor Dr. med. Walter Popp, Martin Hilgenhöner, Dr. med. Dorothea Hansen, alle Krankenhaushygiene, Universitätsklinikum Essen

<sup>2</sup> PD Dr. med. Steffen Engelhart und Professor Dr. med. Martin Exner, beide Institut für Hygiene und Öffentliche Gesundheit, Universitätsklinikum Bonn