

Die stärkere Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung kann durch Belegärzte gefördert werden.

Intersektorale Versorgung der Zukunft

Belegarztwesen: Auslaufmodell oder Vorbild?

Andreas W. Schneider

© Mathias Ernert, Kreiskrankenhaus

Totgeglaubte leben länger – dies gilt offensichtlich auch für das Belegarztwesen. Knapper werdende Ressourcen im Gesundheitswesen aufgrund der Überalterung der Bevölkerung und der damit zu beobachtenden Leistungsverdichtung an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung zwingen die „Player“ in unserem Gesundheitssystem nach (neuen?) Lösungen Ausschau zu halten; man denke zum Beispiel an den Innovationsfonds des G-BA. Grund genug also, das Belegarztwesen als klassisches intersektorales Versorgungssystem genauer zu betrachten und einer Renaissance zuzuführen.

Das Belegarztwesen darf als eine der ältesten Organisationsstrukturen der stationären Krankenversorgung bezeichnet werden. Denn zumindest bis zur Neugründung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) als Rechtsnachfolgerin der Kassenärztlichen Vereinigungen Deutschlands im Jahre 1955, wurde der größte Anteil stationärer Behandlungsfälle durch freiberufliche Ärzte versorgt, also im heutigen Sinne „belegärztlich“. Auch eine Begrenzung der Bettenzahl je Belegarzt gab es damals noch nicht. Erst in den 60er-Jahren des letzten Jahrhunderts wurde eine Bettenobergrenze von 20–25 Betten je Belegarzt empfohlen. Jedoch wird eine derartige Bettenzahl derzeit im Regelfall nur in Form eines kooperativen Belegarztsystems durch zwei oder mehr Belegärzte der gleichen Fachrichtung betrieben.

Der Begriff des Belegarztes ist im Sozialgesetzbuch V definiert und entspricht der Definition im Krankenhausentgeltgesetz sowie gleichlautend im Bundesmantelvertrag-Ärzte (**Text-**

kasten 1). Danach sind Belegärzte freipraktizierende Ärzte, die an der stationären ärztlichen Versorgung mitwirken und ihre Patienten nicht nur in der eigenen Praxis ambulant, sondern in Belegabteilungen oder -krankenhäusern stationär behandeln. Im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung benötigt der Belegarzt eine besondere Anerkennung durch die Kassenärztliche Vereinigung (KV).

Zwischen Krankenhaus und Belegarzt bestehen vertragliche Bindungen – der sogenannte Belegarztvertrag. Darin sind die Rechte und Pflichten beider Parteien verankert, insbesondere bezüglich der Anzahl der Belegbetten, Kostenersatz et cetera. Der Belegarzt ist kein Angestellter des Krankenhauses und nicht weisungsgebunden.

Bei gesetzlich Krankenversicherten erhält der Belegarzt seine Vergütung über die KV gemäß dem belegärztlichen Kapitel 36 des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM). Bei Privatversicherten erfolgt die Leistungsvergütung auf der Grundlage

eines privatärztlichen Behandlungsvertrags direkt durch den Patienten gemäß der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Eine besondere, aufgrund wirtschaftlicher Nachteile kaum genutzte Vergütungsform entstand 2009 durch eine Änderung des § 18 Abs. 3 KHEntgG beim sogenannten Honorarbelegarzt, der vom Krankenhaus seine Vergütung erhält: „Krankenhäuser mit Belegbetten, die nach § 121 Abs. 5 des fünften Sozialgesetzbuchs zur Vergütung der belegärztlichen Leistungen mit Belegärzten Honorarverträge schließen, rechnen für die von Belegärzten mit Honorarverträgen behandelten Belegpatientinnen und -patienten, die mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelte für Hauptabteilungen in Höhe von 80 % ab.“

Vorteile der belegärztlichen Versorgungsstruktur

Aus Sicht der Patienten

So viel Praxis wie möglich, so wenig Klinik wie nötig – nach diesem Grundsatz erlebt der Patient die Aufhebung der künstlichen Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung, indem der Arztwechsel zwischen den Systemen wegfällt. Da der Belegarzt seine Patienten aus der ambulanten Betreuung kennt, erspart er diesen unnötige Fragen, lästige Doppeluntersuchungen sowie den häufig auftretenden Informationsverlust durch mangelhafte Information aus dem stationären Geschehen an den weiterbehandelnden Arzt.

Aus Sicht des zuweisenden, nicht belegärztlichen Kollegen

Die Personalunion von niedergelassenem Facharzt und Klinikarzt/Operateur stellt sicher, dass der Patient im Verlaufe von Diagnostik und Therapie nicht mit unterschiedlich akzentuierten Aussagen und Prognosen konfrontiert wird. Die Versorgung auf Facharztniveau gewährleistet eine niedrigere Komplikationsrate, verkürzte präoperative Phasen und eine optimierte postoperative Kontrolle.

Aus Sicht der Kostenträger

Spätestens seit Einführung der DRG(diagnosebezogene Fallgruppen)-Honorierung in der stationären Vergütung, konnte bewiesen werden, dass der finanzielle Aufwand für die belegärztlich-stationäre Betreuung, erfasst über die Kalkulationshäuser des InEK (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus), deutlich unter den Kosten der stationären Betreuung in Hauptabteilungen liegt. Ein Vorteil, der mittlerweile von den Kassen auch nicht mehr in Abrede gestellt wird.

Im Rahmen einer Protokollnotiz bei Verhandlungen einer Bundesempfehlung gemäß § 86 SGB V zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der KBV zur Finanzierung der Einführung eines Kapitels für belegärztliche Leistungen (Kapitel 36) in den EBM zum 1. April 2007, wurde zudem ein finanzieller Vorteil durch den Erhalt des Belegarztwesens in Deutschland von > 150 Millionen Euro attestiert.

Aus Sicht der onkologischen Versorgung

Die ideale Verknüpfung der ambulanten Versorgung mit den zweifellos bestehenden Vorzügen des stationären belegärztlichen Versorgungsanteils wie Transfusionswesen, zentrale Zubereitung von Chemotherapeutika, operative Einrichtungen,

Textkasten 1: Definition Belegarzt

Der Begriff des Belegarztes ist in § 121 Abs. 2 SGB V definiert und entspricht der Definition des § 18 KHEntgG (Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen) (gleichlautend in § 39 BMV-Ä [Bundesmantelvertrag-Ärzte] und § 31 Abs. 1 EKV-Ä [Ersatzkassenvertrag-Ärzte]):

(1) Die Vertragsparteien nach § 115 Abs. 1 wirken gemeinsam mit Krankenkassen und zugelassenen Krankenhäusern auf eine leistungsfähige und wirtschaftliche belegärztliche Behandlung der Versicherten hin. Die Krankenhäuser sollen Belegärzten gleicher Fachrichtung die Möglichkeit geben, ihre Patienten gemeinsam zu behandeln (kooperatives Belegarztwesen).

(2) Belegärzte im Sinne dieses Gesetzbuchs sind nicht am Krankenhaus angestellte Vertragsärzte, die berechtigt sind, ihre Patienten (Belegpatienten) im Krankenhaus unter Inanspruchnahme der hierfür bereitgestellten Dienste, Einrichtungen und Mittel vollstationär oder teilstationär zu behandeln, ohne hierfür vom Krankenhaus eine Vergütung zu erhalten.

(3) Die belegärztlichen Leistungen werden aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung vergütet. Die Vergütung hat die Besonderheiten der belegärztlichen Tätigkeit zu berücksichtigen. Hierzu gehören auch leistungsgerechte Entgelte für

1. den ärztlichen Bereitschaftsdienst für Belegpatienten und
2. die vom Belegarzt veranlassten Leistungen nachgeordneter Ärzte des Krankenhauses, die bei der Behandlung seiner Belegpatienten in demselben Fachgebiet wie der Belegarzt tätig werden.

Isolationsmöglichkeiten, Bereithaltung intensivmedizinischer Maßnahmen bis hin zur Reanimation, stellt die optimale Betreuung des onkologischen Patienten sicher. Gerade die im Rahmen der Onkologievereinbarung und neuerdings der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung beschriebenen Maßnahmen und Voraussetzungen sind von keiner anderen Organisationsform derart umfassend anzubieten wie durch den klassischen Belegarzt.

Aus Sicht der Fort- und Weiterbildung

Für angehende Fachärzte ist die Verknüpfung der ambulanten Versorgung mit der stationären belegärztlichen Versorgungswelt ideal. Noch während der Ausbildung erhält der Assistent in der Fort- und Weiterbildung tiefe Einblicke in die Struktur der medizinischen Versorgung in Deutschland. Der hohe Organisationsgrad im Belegarztwesen, der profunde Kenntnisse von EBM, GOÄ, ICD(Internationale Klassifikation der Krankheiten)-10, OPS (Operationen- und Prozedurenschlüssel), DRG et cetera voraussetzt und diese vermitteln kann, bereitet optimal auf die intersektorale Patientenversorgung in einem immer komplizierter werdenden Versorgungsalltag vor.

Aufgrund dieser offensichtlichen Vorteile haben die Bundesärztekammer und die KBV immer wieder auf die besondere Leistungsfähigkeit und Förderungswürdigkeit hingewiesen. Zumindest 2005 und 2009 führte es dazu, dass auf parteipolitischer Ebene das Belegarztwesen im Rahmen der jeweiligen Koalitionsvereinbarungen erwähnt wurde.

Ursachen für den Niedergang belegärztlicher Strukturen

Trotz der geschilderten Vorteile und trotz der Tatsache, dass die Belegarzttypische Versorgungsform weltweit als Standard in den verschiedenen Gesundheitssystemen etabliert ist, spielt das Belegarztsystem in Deutschland mit derzeit weniger als 5.200 Belegärzten insgesamt und knapp 380 Belegärzten in der Urologie bei weiter rückläufigen Zahlen eine untergeordnete Rolle bei der stationären Krankenversorgung. Die Ursachen für den Niedergang dieser idealtypisch integrierten Versorgungsform sind mehrschichtig:

- Aufgrund mehrerer Vergütungsreformen (EBM 2000plus, Einführung des Kapitels 36 im EBM, Einführung der g-DRG etc.) sind erhebliche Vergütungsverluste im klassischen Belegarztsystem entstanden, welche die Führung einer B-Abteilung sowohl für die Krankenhausverwaltung als auch für den Vertragsarzt unattraktiv erscheinen lassen. Das Belegarztwesen wird zum Beispiel durch das Beharren auf den Erlaubnisvorbehalt gegenüber Hauptabteilungen derselben Fachrichtung systematisch benachteiligt. Darüber hinaus bestehen signifikante handwerkliche Fehler im Anhang 2 des EBM (OPS-Katalog belegärztlicher Prozeduren), Unschärfen bei den belegarztspezifisch kalkulierten DRG sowie die fehlende Abbildung konservativer Leistungen und interventioneller Eingriffe und Untersuchungsmethoden im internistischen Fachgebiet.
- Besonders in der Gynäkologie werden aufgrund des für den Vertragsarzt unbezahlbaren Versicherungsschutzes in der Geburtshilfe belegärztliche Versorgungsstrukturen zugunsten von Hauptabteilungen aufgegeben.
- Trotz schriftlicher Bekundungen im Rahmen vergangener Koalitionsvereinbarungen, das Belegarztsystem zu fördern und wirtschaftlich zu stabilisieren, nimmt der Gesetzgeber diese Versorgungsstruktur heute nicht mehr wahr, schafft Anreize für konkurrierende Beschäftigungsverhältnisse, zum Beispiel Konsiliararzt, Honorararzt, angestellter Arzt et cetera, oder sucht mit großem finanziellen Engagement und Einsatz neue Wege zur intersektoralen Verknüpfung, wie beispielsweise Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) (jährlich 300.000.000 €)
- Bei nicht vergüteter 24-Stunden-Rufbereitschaft für die eigenen belegärztlich versorgten Patienten ist das bisherige Belegarztsystem insbesondere für den fachärztlichen Nachwuchs aufgrund der zu hohen Belastung unattraktiv.

Es ist daher nicht überraschend, dass diese negativen Rahmenbedingungen in der Vergangenheit dazu geführt haben, dass immer mehr Kollegen die klassischen Belegarztstrukturen verlassen haben und nach alternativen Wegen suchten, um im Rahmen einer leistungsgerechten Vergütung sowie unter zumutbaren Bedingungen stationär zu arbeiten.

Aber auch die Krankenhäuser haben Interesse an der Betreuung der facharztgeführten Patienten unter den finanziellen Bedingungen einer Hauptabteilung. Daher wurden unterschiedliche Vertragsmodelle kreiert, um die vom Vertragsarzt im Krankenhaus erbrachten Leistungen bei selbst eingewiesenen Patienten abzubilden. Zum Belegarztverhältnis alternative Kooperationsformen zwischen Vertragsarzt und Kliniken sind beispielsweise:

- Honorarbelegarzt nach §18 Abs. 3 KHentgG,
- integrierte Versorgung nach §§ 140a ff. SGB V,
- ambulante Operationen nach § 115b SGB V,
- prä- und poststationäre Leistungen nach §§115a SGB V,
- angestellter Arzt für 13 Wochenstunden nach § 20 Ärzte-ZV,
- nicht fest angestellter Arzt nach § 2 Abs. 1 KHentgG,
- Kooperationen im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) nach § 116b Abs. 4 SGB.

Dass dies nicht immer unter Einhaltung einer – nur im Belegarztwesen genau definierten, wenngleich zu niedrigen – leistungsgerechten Vergütung sowie der Beachtung der Auswirkungen auf die Sozialsicherungssysteme erfolgte, haben mittlerweile eine Anzahl von Urteilen der Sozial- und Verwaltungsgerichte bis hin zum Bundesgerichtshof bestätigt. Nach Inkrafttreten des §299 a/b StGB (Antikorruptionsgesetz) schließlich kam es auf Empfehlung der deutschen Krankenhausgesellschaft zu einer bundesweiten „Überprüfung“ und damit Kündigung einer Vielzahl abgeschlossener Honorararztverträge. Der Begriff der leistungsgerechten Vergütung im Spannungsfeld zur strafrechtlich verfolgbarer Zuweisung gegen Entgelt ist ebenso unklar wie die steuerliche Relevanz bei der Abgrenzung zur Scheinselbstständigkeit. Ungeklärt ist ferner die Abrechenbarkeit privatärztlicher (Wahl-)Leistungen in einer Vielzahl von Verträgen durch Honorar-, Konsiliarärzte oder Krankenhäuser.

Hinweise auf eine Renaissance des Belegarztwesens

Die zukünftige ärztliche Versorgung der insgesamt rückläufigen Zahl an Bürgern in Deutschland wird von mehreren Faktoren beeinflusst und erfordert die Förderung von innovativen Versorgungskonzepten. Trotz des absoluten Bevölkerungsrückgangs in Deutschland kommt es allein durch die demografische Entwicklung zu einer absoluten Zunahme an urologischen Krankheitsbildern. Die anhaltende Landflucht der jüngeren Bevölkerung verschlechtert darüber hinaus – bei weiterhin gutem Versorgungsgrad in Ballungszentren – die fachärztliche Versorgung in ländlichen Gebieten. Ebenfalls der demografischen Entwicklung geschuldet, ist die Zunahme der onkologischen Versorgungsaufgaben gerade im Bereich des urologischen Fachgebiets. Die aktuellen Zahlen der Tumorentwicklung in Deutschland analysieren den uroonkologischen Anteil an allen Tumorerkrankungen mit circa 23 % bei steigender Tendenz.

Wie in allen operativ tätigen Fachgebieten, besteht so auch in der Urologie ein deutlicher Trend zu kürzeren Liegezeiten und der damit verbundenen Leistungsverdichtung. Außerdem nimmt die Anzahl der ambulanten Versorgungsfälle trotz komplexerer Krankheitsbilder zu und erfordert die Vorhaltung entsprechender, möglichst interdisziplinärer und intersektoraler Versorgungsstrukturen. Die Altersentwicklung bei den Fachärzten insgesamt – das Durchschnittsalter liegt heute bei circa 54,5 Jahren – zeigt spätestens in fünf bis zehn Jahren einen absoluten (Fach-)Ärztmangel an, von dem besonders die signifikant überalterte Fachärzteschaft Urologie betroffen sein wird.

Fazit

In Anbetracht der beschriebenen Entwicklungen müssen die Bemühungen intensiviert werden, die ansonsten immer noch stark ausgeprägte sektorale Abgrenzung zwischen ambulanter

und stationärer Versorgung aufzubrechen. Hier stellt das Belegarztwesen schon seit jeher eine effektive Verzahnung zwischen beiden ärztlichen Versorgungsbereichen dar. Insbesondere das kooperative Belegarztwesen, das heißt die gemeinsame Tätigkeit mehrerer Belegärzte derselben Fachrichtung, ermöglicht eine nahtlose ambulante, vorstationäre, stationäre und nachstationäre Patientenbehandlung durch niedergelassene Fachärzte.

Es ist den intensiven Bemühungen des Bundesverbands der Belegärzte (BdB) unter der Leitung von Dr. Klaus Schalkhäuser zu verdanken, wieder unterschiedliche Vertreter des Gesundheitssystems mit dem Belegarztwesen in Deutschland konfrontiert und Bedingungen formuliert zu haben, unter denen diese Versorgungsform eine Renaissance erleben kann. Unter anderem konnte ein Maßnahmenkatalog erarbeitet werden, der mittlerweile von der KBV in großen Teilen für die anstehenden Verhandlungen mit den Krankenkassen (**Textkasten 2**) gebilligt wurde. Nach der Verabschiedung eines Positionspapiers zum Belegarztwesen durch die deutsche Ärzteschaft auf dem 115. Ärztetag im Jahr 2012 haben sich weitere Vertreter des Gesundheitssystems zur intersektoralen Versorgung auf dem Boden belegärztlicher Strukturen positiv geäußert, beispielsweise die KBV in der Publikation „KBV 2020: Versorgung gemeinsam gestalten“, der Spitzenverband der Fachärzte (SpiFa) in „Facharzt 2020: Fachärztliche Versorgung in Klinik und Praxis“ sowie die OcuNet Gruppe in „Intersektorale Facharztzentren: Versorgung der Zukunft“ und viele mehr. Es ist daher nicht verwunderlich, wenn sich auch der Vorsitzende des G-BA, Prof. Josef Hecken, positiv zu einem Projekt der Versorgungsforschung, das Belegarztwesen auf seine Fähigkeiten hin zu evaluieren, äußerte: „Das Modell des Belegarztes hat in Deutschland eine lange Tradition. In vielen Bereichen konnten wir gute Erfahrungen damit machen, dass es einem Vertragsarzt im Rahmen seiner ambulanten Tätigkeit ermöglicht wird, seine Patienten in einem Krankenhaus stationär zu behandeln. Mit Blick auf die jüngsten Bestrebungen einer stärkeren Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung durch ASV und mannigfaltige andere Ansätze könnte man sagen, das Versorgungsmodell des Belegarztes ist für diese Tendenz quasi beispielgebend und müsste sich insoweit einer wachsenden Beliebtheit erfreuen. Es wird daher eine wichtige Aufgabe sein, das Belegarztwesen als ein Element zur Sicherung unseres hohen Standards genau ins Auge zu nehmen und zu analysieren, wo es Potenzial zur Verbesserung gibt und welche Stärken bereits vorhanden und nutzbar sind, um diese Versorgungsform im Kontext der Instrumente für die Ausrichtung der Versorgung der Zukunft gewinnbringend einzubetten.“

Die KBV initiiert derzeit zusammen mit dem BdB eine Machbarkeitsstudie für ein Projekt im Rahmen des Innovationsfonds, um die Vorteile der belegärztlichen Patientenversorgung in Praxis und Klinik durch messbare Daten zu belegen. Sollte dieses Projekt gelingen, stünden erstmals aktuelle, objektive Daten zur Bewertung der Vor- und Nachteile des Belegarztwesens in Deutschland zur Verfügung, die zweifelsfrei zu einer Wiederbelebung dieser Versorgungsform führen werden. Unter wirtschaftlich vernünftigen, noch zu erstreitenden Be-

Textkasten 2: Antrag des Vorstands des Bundesverbands der Belegärzte (BdB) und seines Beirats an die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) zur Weiterentwicklung des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) für die Fachgruppe Belegärzte

Notwendige Maßnahmen:

1. Honorarverluste bei einer (Neu-)Bewertung der Gebührenordnungspositionen (GOP) des Kapitels 36 sind zu vermeiden.
2. Aufnahme weiterer konservativer Leistungen in das Kapitel 36 in Abstimmung mit den entsprechenden Fachgruppen
3. Vergütung sämtlicher stationär-belegärztlich erbrachten Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV)
4. Anpassung des EBM-Bands 2 an den Fallpauschalenkatalog G-DRG (deutsche diagnosebezogene Fallgruppen) Version 2015 einschließlich des Zusatzentgeltkatalogs
5. Erfassung der besonderen Kosten bei belegärztlicher Tätigkeit
6. Zuschläge bei Multimorbidität, hohem Patientenalter und/oder schweren Begleiterkrankungen sowie auch für Reizidiveingriffe
7. Erhöhung der Zuschläge je Geburt in der belegärztlichen Geburtshilfe
8. Schaffung einer GOP für Beratung/Aufklärung
9. Schaffung einer GOP für eine angemessene Bereitschaftsdienstvergütung gemäß Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä)

Zu prüfen:

- Sinnhaftigkeit von § 39 Ziffer 3 BMV-Ä
- Verbotsvorbehalt ersetzt Erlaubnisvorbehalt für innovative Leistungen auch im Belegarztwesen

dingungen könnte es dann gelingen, gerade in Zeiten knapper werdender Ressourcen im Gesundheitssystem junge Kollegen mit guter urologischer und onkologischer Ausbildung zu motivieren, sich in dieser von verwaltungstechnischen Repressalien noch weitgehend verschonten Versorgungsform zu verwirklichen.

Literatur beim Verfasser



Dr. med. Andreas W. Schneider
Urologische Berufsausübungsgemeinschaft
Schneider, Rödder, Neumann, Reiß
Friedrich-Lichtenauer-Allee 1b
21423 Winsen
E-Mail: sekretariat@urologie-winsen.de

Interessenkonflikt

Der Autor erklärt, dass er sich bei der Erstellung des Beitrags von keinen wirtschaftlichen Interessen leiten ließ und dass keine potenziellen Interessenkonflikte vorliegen. Der Verlag erklärt, dass die inhaltliche Qualität des Beitrags von zwei unabhängigen Gutachtern geprüft wurde. Werbung in dieser Zeitschriftenausgabe hat keinen Bezug zur CME-Fortbildung. Der Verlag garantiert, dass die CME-Fortbildung sowie die CME-Fragen frei sind von werblichen Aussagen und keinerlei Produktempfehlungen enthalten. Dies gilt insbesondere für Präparate, die zur Therapie des dargestellten Krankheitsbildes geeignet sind.

CME-Fragebogen

Belegarztwesen: Auslaufmodell oder Vorbild?

Teilnehmen und Punkte sammeln können Sie

- als e.Med-Abonnent von springermedizin.de
- als registrierter Abonnent dieser Fachzeitschrift
- zeitlich begrenzt unter Verwendung der abgedruckten FIN.

FIN gültig bis 29.5.2017:

UN1705dA

Dieser CME-Kurs ist zwölf Monate auf CME.SpringerMedizin.de verfügbar. Sie finden ihn am schnellsten, wenn Sie die FIN oder den Titel des Beitrags in das Suchfeld eingeben. Alternativ können Sie auch mit der Option „Kurse nach Zeitschriften“ zum Ziel navigieren.

DOI: 10.1007/s00092-017-1287-y

? Welche Organisationsform im Belegarztwesen wird von den Kassenärztlichen Vereinigungen präferiert?

- das kooperative Belegarztsystem
- der einzeln organisierte Belegarzt
- das Medizinische Versorgungszentrum
- das ambulante Operieren
- die rein privatärztliche Organisationsform

? Wo findet sich die Begriffsdefinition des Belegarztes?

- im Bürgerlichen Gesetzbuch
- in der Bundesärzteordnung
- in der Berufsordnung für Ärztinnen und Ärzte
- im Vertragsarztsänderungsgesetz
- im Sozialgesetzbuch V

? Auf welcher gesetzlichen Grundlage beruht die Vergütung der Behandlung von gesetzlich Krankenversicherten für den Belegarzt?

- hausärztliche Versorgung, Bundesmantelverträge (Anlage 5)
- Krankenhausvertrag
- Kassenärztliche Vereinigung, Kapitel 36 des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) sowie der Anhang 2
- Verordnung von Krankenhausbehandlungen des gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)
- privatärztlicher Behandlungsvertrag gemäß der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

? Auf welcher Grundlage basierend, erfolgt die Vergütung der Behandlung von Privatversicherten für den Belegarzt?

- hausärztliche Versorgung, Bundesmantelverträge (Anlage 5)
- Krankenhausvertrag
- Kassenärztliche Vereinigung, Kapitel 36 des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM)
- Verordnung von Krankenhausbehandlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)
- privatärztlicher Behandlungsvertrag gemäß der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

? Wie hoch sind die Kosten für die belegärztliche Betreuung im Krankenhaus im Vergleich zur stationären Betreuung in den Hauptabteilungen?

- 20 % höher
- doppelt so hoch
- niedriger
- genauso hoch
- 10 % höher

? Was begründet die Renaissance der belegärztlichen Versorgungsstruktur?

- viele alternative juristische und sozialrechtlich sichere Kooperationsformen zwischen Krankenhäusern und Vertragsärzten
- Der Belegarzt versorgt seit jeher städtische Strukturen und sollte hier gestärkt werden.

- die schlechtere Vergütung des Belegarztes
- fehlende Vorteile bei der intersektoralen onkologischen Versorgung
- die gute Verknüpfung zwischen der stationären und ambulanten Versorgung bei knapper werdenden Ressourcen und der demografischen Entwicklung gerade in ländlichen Gebieten

? Wie hoch ist der uroonkologische Anteil an allen Tumorerkrankungen in Deutschland?

- circa 15 %
- circa 30 %
- circa 23 %
- circa 34 %
- circa 10 %

? Wer ist der genuine Interessenvertreter der Belegärzte?

- der Berufsverband der deutschen Urologen (BDU)
- die Deutsche Gesellschaft für Urologie (DGU)
- die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)
- die Bundesärztekammer
- der Bundesverband der Belegärzte (BdB)



Dieser CME-Kurs wurde von der Bayerischen Landesärztekammer mit zwei Punkten in der Kategorie I zur zertifizierten Fortbildung freigegeben und ist damit auch für andere Ärztekammern anerkennungsfähig.

Für eine erfolgreiche Teilnahme müssen 70 % der Fragen richtig beantwortet werden. Pro Frage ist jeweils nur eine Antwortmöglichkeit zutreffend. Bitte beachten Sie, dass Fragen wie auch Antwortoptionen online abweichend vom Heft in zufälliger Reihenfolge ausgespielt werden.

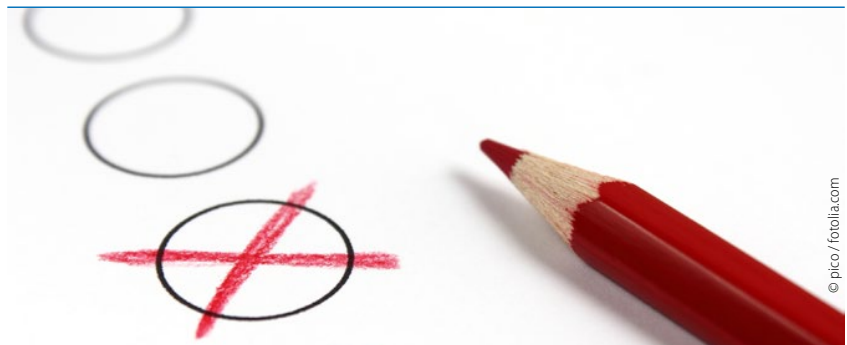
Bei inhaltlichen Fragen erhalten Sie beim Kurs auf CME.SpringerMedizin.de tutorielle Unterstützung. Bei technischen Problemen erreichen Sie unseren Kundenservice kostenfrei unter der Nummer (0800) 77 80 777 oder per Mail unter kundenservice@springermedizin.de.

? Der Honorararzt ist ein ...

- Amtsarzt.
- Arzt, der gegen Bargeld arbeitet.
- Kassenarzt, der im Krankenhaus nur privat arbeitet.
- Arzt, der als selbstständiger Unternehmer bei wechselnden Auftraggebern (meist Praxen und Kliniken) auf eigene Rechnung gegen Honorar tätig wird.
- ein beamteter Arzt.

? Welche Abrechnungsgrundlage für belegärztliche Leistungen ist Grundlage der Diskussion mit den Leistungsträgern?

- Kapitel 36 des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) nebst Anlage 2
- Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)
- DRG(diagnosebezogene Fallgruppen)-System
- Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (KrEntgG)
- Kapitel 31 des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM)



CME.SpringerMedizin.de

Aktuelle CME-Kurse aus der Urologie

Geschlechtsinkongruenz, Transsexualismus/Transidentität: die Patientin, der Patient in Ihrer Praxis

aus: Der Gynäkologe 4/2017
von: C. Dorn, J. W. Jacobeit
zertifiziert bis: 19.4.2018
CME-Punkte: 3

► **Ureterorenoskopie**

aus: Der Urologe 3/2017
von: A. J. Gross, J. Rassweiler, K. D. Sievert, et al.
Zertifiziert bis: 21.3.2018
CME-Punkte: 3

► **Bildgebende Verfahren in der Urologie: der transrektale Ultraschall**

aus: URO-NEWS 7–8/2016
von: Th. Enzmann
zertifiziert bis: 13.7.2017
CME-Punkte: 2

Diese Fortbildungskurse finden Sie, indem Sie den Titel in das Suchfeld auf CME.SpringerMedizin.de eingeben. Zur Teilnahme benötigen Sie das e.Med-Abo.

Effizient fortbilden, gezielt recherchieren, schnell und aktuell informieren – das e.Med-Abo bietet Ihnen alles, was Sie für Ihren Praxis- oder Klinikalltag brauchen: Sie erhalten Zugriff auf alle Premium-Inhalte von SpringerMedizin.de, darunter die Archive von 80 deutschen Fachzeitschriften. Darüber hinaus ist im Abo eine SpringerMedizin-Fachzeitschrift Ihrer Wahl enthalten, die Ihnen regelmäßig per Post zugesandt wird.

Als e.Med-Abonnent steht Ihnen außerdem das komplette CME-Kursangebot von SpringerMedizin.de zur Verfügung: Hier finden Sie aktuell über 600 CME-zertifizierte Fortbildungskurse aus allen medizinischen Fachrichtungen!

Testen Sie die CME.SpringerMedizin.de 30 Tage lang kostenlos und unverbindlich mit dem e.Med-Abo: www.springermedizin.de/eMed

