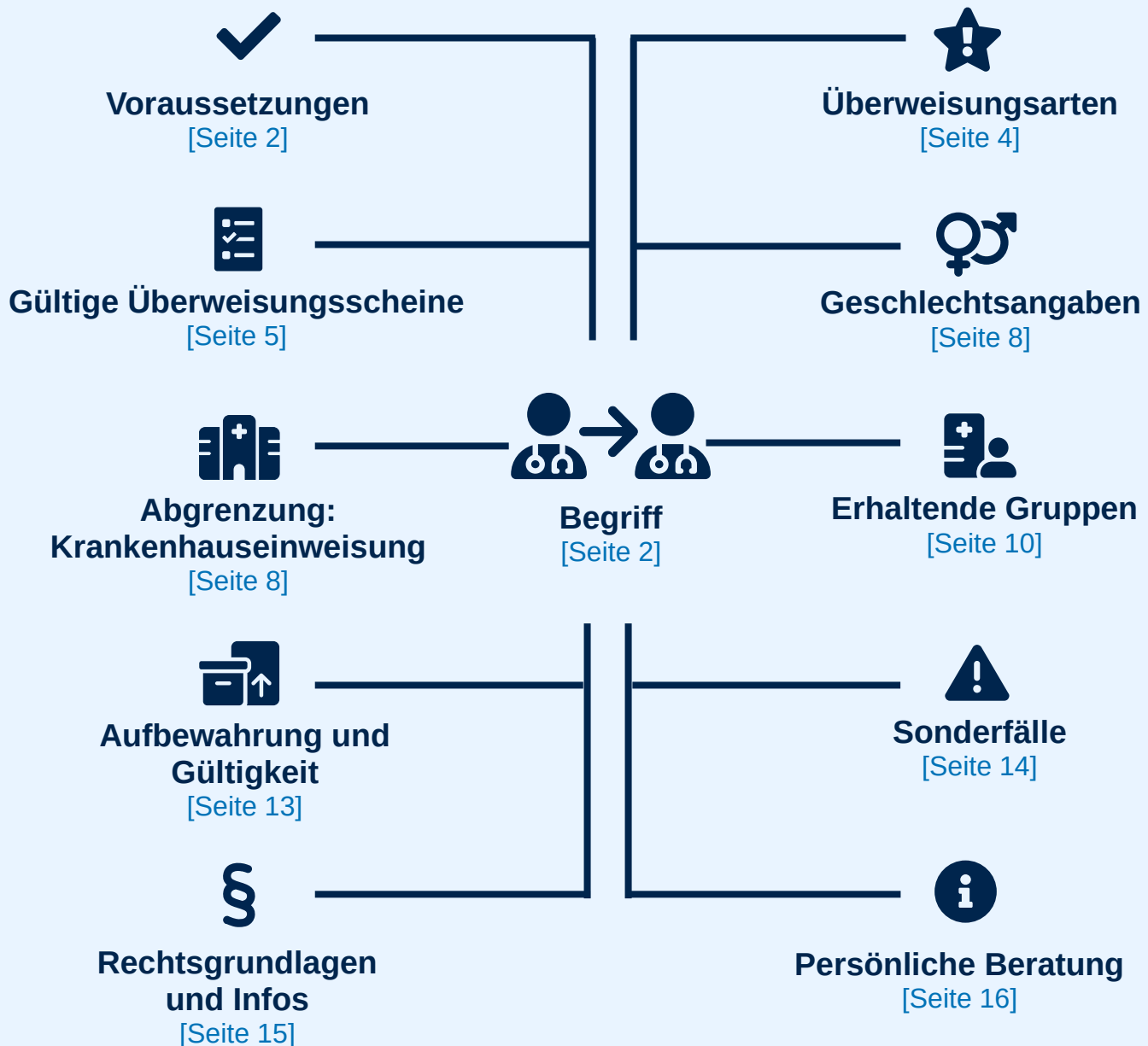


Überweisungen

Informationen zur Abrechnung

Wo steht was?



Begriff

Eine Vertragsärztin bzw. ein Vertragsarzt hat die Durchführung erforderlicher diagnostischer oder therapeutischer Leistungen durch die folgenden Parteien mittels **Überweisung** auf vereinbartem Vordruck zu veranlassen:

- eine andere Vertragsärztin bzw. ein anderer Vertragsarzt
- ein medizinisches Versorgungszentrum
- eine ermächtigte Ärztin bzw. ein ermächtigter Arzt
- eine ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtung

Wichtige **Funktionen** der Überweisung:

- Sie signalisiert, dass der überweisende Kollege einen Arztbrief benötigt.
- Der überweisende Arzt bekommt einen Überblick über anstehende und durchgeführte Behandlungen, kann diese gegebenenfalls koordinieren und dokumentieren.
- Teure Doppeluntersuchungen können vermieden werden.
- Verordnete Medikamente können hinsichtlich ihrer Wechselwirkungen aufeinander abgestimmt werden.
- Hausärzte können durch das System der Überweisungen und Arztbriefe ihre Lotsenfunktion im Gesundheitssystem verantwortungsvoll wahrnehmen.

Hinweis

Generell gehört es zu den vertragsärztlichen Pflichten, vorgelegte Überweisungen anzunehmen. Bitte respektieren Sie auch, dass sich einige Patientinnen und Patienten im Rahmen von **Selektivverträgen** dazu verpflichtet haben, Fachärztinnen und Fachärzte nur auf Überweisung in Anspruch zu nehmen.

Überweisungen sind weder KV-Länder bezogen noch auf ein bestimmtes Bundesland begrenzt. D. h. die Patientin bzw. der Patient kann sich mit einem (auf das Fachgebiet ausgestellten) Überweisungsschein zur Behandlung grundsätzlich **deutschlandweit** an eine frei gewählte Ärztin bzw. einen frei gewählten Arzt wenden.

Voraussetzungen

Eine Überweisung kann – von begründeten Ausnahmefällen abgesehen – nur vorgenommen werden, wenn der überweisenden Vertragsärztin bzw. dem überweisenden Vertragsarzt die elektronische Gesundheitskarte vorgelegt wurde.

Eine Überweisung an eine andere Ärztin bzw. einen anderen Arzt kann erfolgen:

- zur Auftragsleistung
- zur Konsiliaruntersuchung
- zur Mitbehandlung
- zur Weiterbehandlung



In der Regel ist nur die Überweisung an eine Ärztin bzw. einen Arzt einer anderen Arztgruppe zulässig.

Überweisungen an eine Vertragsärztin bzw. einen Vertragsarzt derselben Arztgruppe sind, vorbehaltlich abweichender Regelungen im Gesamtvertrag, nur in den folgenden Situationen zulässig:

- Inanspruchnahme besonderer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die von der behandelnden Vertragsärztin bzw. vom behandelnden Vertragsarzt nicht erbracht werden
- Übernahme der Behandlung durch eine andere Vertragsärztin bzw. einen anderen Vertragsarzt bei Wechsel des Aufenthaltsortes des Kranken
- Fortsetzung einer abgebrochenen Behandlung

Zur Gewährleistung der freien Arztwahl soll die Überweisung nicht auf den Namen einer bestimmten Vertragsärztin bzw. eines bestimmten Vertragsarztes, sondern auf die Gebiets-, Schwerpunkt- oder Zusatzbezeichnung ausgestellt werden, in deren Bereich die Überweisung ausgeführt werden soll. Ausgenommen sind ermächtigte Ärztinnen und Ärzte, deren besondere Kenntnisse in Anspruch genommen werden sollen

Die überweisende Vertragsärztin bzw. der überweisende Vertragsarzt soll grundsätzlich die Diagnose, Verdachtsdiagnose oder Befunde mitteilen.

Hinweis

Bei zuweisenden Berufsausübungsgemeinschaften ist wichtig, dass im Adressfeld der Überweisung in das Feld „Arzt-Nr.“ die korrekte „LANR“ des Zuweisers eingetragen und vom Überweisungsempfänger in die Abrechnungssoftware übernommen wird.

Überweisungsarten

Auftragsleistung (Muster 6/Muster 10)

- Die Überweisung zur Ausführung von Auftragsleistungen erfordert einen der folgenden Aufträge:
 - **Definitionsauftrag:** Definition der Leistungen nach Art und Umfang
 - **Indikationsauftrag:** Indikationsangabe mit Empfehlung der Methode
- Die Vertragsärztin bzw. der Vertragsarzt, die bzw. der den Auftrag erteilt, trägt die Verantwortung dafür, dass dieser notwendig ist.
- Die Wirtschaftlichkeit der Auftragsausführung ist von der auftragsausführenden Ärztin bzw. vom auftragsausführenden Arzt zu gewährleisten. Dies erfordert bei Definitionsaufträgen dann eine Rücksprache mit dem überweisenden Arzt, wenn der beauftragte Arzt aufgrund seines fachlichen Urteils eine andere als die in Auftrag gegebene Leistung für medizinisch zweckmäßig, ausreichend und notwendig hält. Bitte dokumentieren Sie das Ergebnis solcher Rücksprachen in einer für Sie geeigneten Weise.
- Indikationsaufträge erfordern eine Rücksprache nur dann, wenn der beauftragte Arzt eine konsiliarische Absprache zur Indikation für notwendig hält.
- Ist eine Auftragsleistung hinsichtlich Art, Umfang oder Indikation nicht exakt angegeben, das Auftragsziel – ggf. nach Befragung des Patienten – aber hinreichend bestimmbar, gelten für die Auftragsausführung die Regelungen des Indikationsauftrags.

Konsiliaruntersuchung (Muster 6)

- Die Überweisung zur Konsiliaruntersuchung erfolgt ausschließlich zur Erbringung diagnostischer Leistungen. Damit hat die überweisende Ärztin bzw. der überweisende Arzt die Möglichkeit, seinen Überweisungsauftrag auf die Klärung einer Verdachtsdiagnose einzugrenzen. Die ausführende Vertragsärztin bzw. der ausführende Vertragsarzt muss Art und Umfang der zur Klärung der Verdachtsdiagnose notwendigen Leistungen nach medizinischer Erfordernis und den Regeln der Stufendiagnostik unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes bestimmen.
- Die Verantwortung für die Wirtschaftlichkeit liegt hinsichtlich der Indikationsstellung bei der auftraggebenden Vertragsärztin bzw. beim auftraggebenden Vertragsarzt, hinsichtlich der ausgeführten Leistungen bei der auftragnehmenden Vertragsärztin bzw. beim auftragnehmenden Vertragsarzt.

Mitbehandlung (Muster 6)

- Die Überweisung zur Mitbehandlung erfolgt zur gebietsbezogenen Erbringung begleitender oder ergänzender diagnostischer oder therapeutischer Maßnahmen. Über Art und Umfang dieser Maßnahmen entscheidet die Überweisungsempfängerin bzw. der Überweisungsempfänger.

Weiterbehandlung (Muster 6)

- Bei einer Überweisung zur Weiterbehandlung wird die gesamte diagnostische und therapeutische Tätigkeit der weiterbehandelnden Vertragsärztin bzw. dem weiterbehandelnden Vertragsarzt übertragen.



Die Vertragsärztin bzw. der Vertragsarzt ist verpflichtet, auf dem Überweisungsschein zu kennzeichnen, welche **Art der Überweisung** vorliegt!

Gültige Überweisungsscheine gemäß Vordruckvereinbarung

Muster 6 („Überweisungs-/Abrechnungsschein“)

Der Überweisungsschein dient der Überweisung zur Durchführung erforderlicher diagnostischer oder therapeutischer Leistungen. Muster 6 muss auch bei Veranlassung folgender Maßnahmen durch die Vertragsärztin bzw. den Vertragsarzt verwendet werden:

- eine **ambulante Operation im Krankenhaus**
- eine **Zuweisung in die ambulante spezialfachärztliche Versorgung**
gemäß § 116b SGB V

Die Ärztin bzw. der Arzt, die bzw. der auf Überweisung tätig wird, ist grundsätzlich **an den ausgestellten Überweisungsschein gebunden**; sie bzw. er darf sich **keinen eigenen Abrechnungsschein (Muster 5)** ausstellen.

Muster 10 („Überweisungs-/Abrechnungsschein für Laboratoriumsuntersuchungen als Auftragsleistung“)

Folgende Überweisungen sind nur als Auftragsleistung zulässig – hierfür ist der Vordruck **Muster 10** zu verwenden (nicht Muster 6!).

- Überweisungen zur Durchführung von in-vitro-diagnostischen Leistungen der **EBM-Kapitel 11, 19 und 32**
- laboratoriumsmedizinische Leistungen der **EBM-Abschnitte 1.7, 8.5, 8.6 und 30.12.2 EB**

Ausnahme



Dies gilt nicht für die Überweisung zur Früherkennung des Zervixkarzinoms nach der Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme des Gemeinsamen Bundesausschusses. Hierfür ist **Muster 39** zu verwenden.

Hinweis

Für Überweisungen an eine Laborgemeinschaft ist nicht Muster 10, sondern der Anforderungsschein nach Muster 10A (siehe nächstes Unterkapitel) auszustellen.

Die überweisende Vertragsärztin bzw. der überweisende Vertragsarzt hat zu kennzeichnen, ob der Auftrag im Rahmen einer der folgenden Behandlungen erfolgt:

- kurative Versorgung
- Prävention
- Empfängnisregelung/Sterilisation/Schwangerschaftsabbruch
- belegärztliche Behandlung



Bei Laboraufträgen nach Muster 10 sind **keine „Mischaufträge“** zulässig. Die Anforderung von präventiven Laboruntersuchungen im Zusammenhang mit der Gesundheitsuntersuchung und kurativen Laborparametern auf demselben Überweisungsschein nach Muster 10 ist ausgeschlossen. Bitte verwenden Sie hier jeweils einen gesonderten Überweisungsschein!

Die Ärztin bzw. der Arzt, die bzw. der eine Auftragsleistung ausführt, kann Teile dieses Auftrages von einer anderen Ärztin bzw. einem anderen Arzt als Auftragsleistung erbringen lassen (Weiterüberweisung), wenn sie bzw. er sie selbst nicht erbringen kann. In diesem Fall muss sie bzw. er ebenfalls einen Überweisungsschein nach Muster 10 ausstellen und die betreffenden Angaben machen. Insbesondere muss sie bzw. er die Angaben des Erstveranlassenden übernehmen und dessen Arzt- und Betriebsstättennummer im betreffenden fett umrandeten Feld angeben.

Hinweis

Laboraufträge nach Muster 10 können auch elektronisch erstellt und ausgetauscht werden. Hierbei ist eine Unterzeichnung mit dem elektronischen Heilberufsausweis (eHBA) erforderlich. Die Nutzung der digitalen Vordrucke ist für Praxen und Labore freiwillig.

Muster 10A (Anforderungsschein für Laboratoriumsuntersuchungen bei Laborgemeinschaften)

Die anfordernde Vertragsärztin bzw. der anfordernde Vertragsarzt hat zu kennzeichnen, ob der Auftrag im Rahmen einer der folgenden Behandlungen erfolgt:

- kurative Versorgung
- Prävention
- belegärztliche Behandlung

! **Weiterüberweisungen** durch die Laborgemeinschaft sind **nicht zulässig**. „**Mischaufträge**“ für kurative und präventive Laborparameter sind **möglich**.

Hinweis

Anforderungsscheine für Laboruntersuchungen bei Laborgemeinschaften können seit 1. Juli 2017 auch elektronisch erstellt und ausgetauscht werden. Eine Unterzeichnung mit dem Heilberufsausweis ist bei Muster 10A nicht erforderlich. Die Nutzung der digitalen Vordrucke ist für Praxen und Labore freiwillig.

Geschlechtsangabe auf Überweisungsvordrucken

Für die Angabe des Geschlechts gibt es die gesetzliche Vorgabe, dass neben „männlich“ und „weiblich“ auch „divers“ als Geschlechtsangabe möglich sein muss (§ 22 Abs. 3 und § 45b Personenstandsgesetz). Diese Vorgabe ist im Formularbereich umgesetzt. Die Partner des Bundesmantelvertrages haben auch berücksichtigt, dass das Geschlecht „unbestimmt“ sein kann. Auf den zum 1. Oktober 2019 eingeführten Überweisungs- und Laboranforderungsscheinen gibt es nur noch **ein Textfeld**, in das eines der folgenden Kürzel für die jeweilige Geschlechtsform einzutragen ist:

Geschlechtsform (Kürzel)

Weiblich (W)	Divers (D)
Männlich (M)	Unbestimmt (X)

Abgrenzung: Krankenhauseinweisung

Schritt
1

Sie müssen verpflichtend prüfen, ob die Behandlung ambulant bei einer niedergelassenen Vertragsärztin bzw. einem niedergelassenen Vertragsarzt durchgeführt werden kann.



Eine Krankenhauseinweisung darf nur dann ausgestellt werden, wenn Sie eine **Indikation für eine Krankenhausbehandlung** getroffen haben.

Schritt
2

Stellen Sie eine **Verordnung von Krankenhauspflege** (Krankenhauseinweisung) aus (Vordruckmuster 2), wenn Sie eine Indikation für eine stationäre Behandlung feststellen.

Dabei spielt es keine Rolle, ob diese **vollstationär, teilstationär oder prästationär** erfolgen soll.

Schritt
3

Das Krankenhaus trifft die Entscheidung darüber, welche Art der Behandlung (vollstationär, teilstationär oder prästationär) gewählt wird (§ 115a SGB V).



Geltender Grundsatz:
„Ambulant vor stationär!“

Das Krankenhaus ist nicht berechtigt, Überweisungen bzw. Einweisungen anzufordern.

Hinweis

Es ist nicht zulässig, eine Krankenhausbehandlung nachträglich zu verordnen oder dies von der niedergelassenen Vertragsärztin bzw. vom niedergelassenen Vertragsarzt zu verlangen. Denn die Notwendigkeit einer stationären Behandlung lässt sich im Nachhinein nicht mehr abschließend feststellen bzw. begründen.

Wichtig

Eine Krankenhausbehandlung wird einmal pro Krankenhausbehandlungsfall verordnet.

Der **Krankenhausbehandlungsfall** erstreckt sich jeweils vom Zeitpunkt der Aufnahme in die stationäre (vor-/vollstationäre) Behandlung bis zum Zeitpunkt der Entlassung aus der stationären (voll-/nachstationären) Behandlung und ist insofern **nicht identisch mit dem Behandlungsfall** im niedergelassenen vertragsärztlichen Bereich.

Aufnahme in die stationäre
(vor-/vollstationäre) Behandlung



Entlassung aus der stationären
(voll-/nachstationären) Behandlung

Innerhalb eines Quartals können daher mehrere Krankenhausbehandlungsfälle vorliegen. Für jeden dieser verschiedenen Krankenhausbehandlungsfälle ist jeweils eine Verordnung von Krankenhausbehandlung notwendig.

Hinweis

Bitte beachten Sie hierzu zwingend die Krankenhauseinweisungs-Richtlinie des G-BA, die Sie unter folgendem Link finden:

→ www.g-ba.de/downloads/62-492-1406/KE-RL_2017-03-16_iK-2017-06-08.pdf



Erhaltende Gruppen

Folgende Ärztinnen und Ärzte können ausschließlich auf Überweisung in Anspruch genommen werden (§ 13 Absatz 4 BMV-Ä):

- Laboratoriumsmedizin
- Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie
- Nuklearmedizin
- Pathologie
- Radiologische Diagnostik bzw. Radiologie
- Strahlentherapie
- Transfusionsmedizin

Hinweis

Im Rahmen des Programms zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie-Screening können Ärztinnen und Ärzte für radiologische Diagnostik bzw. Radiologie direkt in Anspruch genommen werden.



Überweisungen an Zahnärzte sind **unzulässig!**

Eine Vertragsärztin bzw. ein Vertragsarzt kann die Durchführung erforderlicher diagnostischer oder therapeutischer Leistungen veranlassen (gem. § 24 Abs. 1 BMV-Ä). Dies geschieht durch Überweisung auf vereinbartem Vordruck (Muster 6 bzw. Muster 10 der Vordruckvereinbarung). Diese Bestimmungen sind **nicht auf bestimmte Fachgruppen eingeschränkt** und gelten auch für **überweisungsgebundene Fachgruppen**.

Hinweis

Bei den Fachgruppen, die nur auf Überweisung tätig werden können, ist allerdings zu beachten, dass sie selbst nur in dem Umfang ihrer Überweisung weiterüberweisen können. Hier sind die Bestimmungen des § 24 Abs. 7 BMV-Ä zu beachten.

Beispiel

Erhält eine Radiologin bzw. ein Radiologe eine Überweisung zur Durchführung von Auftragsleistungen, kann sie bzw. er nur in den engen Grenzen des ihr bzw. ihm erteilten Auftrags weiterüberweisen. Eine Auftragsüberweisung zur Durchführung eines MRT umfasst hierbei nicht die Durchführung oder Veranlassung von Laborleistungen.

Bei der Durchführung von MRT- und CT-Untersuchungen mit geplanter Gabe von gadoliniumhaltigen Kontrastmitteln ist die Kenntnis des Serum-Kreatinins für Radiologen wichtig. Unseres Erachtens ist es Aufgabe der Ärztin bzw. des Arztes, die bzw. der die Überweisung zum MRT (CT) ausstellt, der Radiologin bzw. dem Radiologen alle notwendigen Informationen zur Verfügung zu stellen, die ihr bzw. ihm die Durchführung des Auftrags ermöglichen.

§

Rechtshinweis zur Überweisung

„Der Vertragsarzt hat dem auf Überweisung tätig werdenden Vertragsarzt, soweit es für die Durchführung der Überweisung erforderlich ist, von den bisher erhobenen Befunden und/oder getroffenen Behandlungsmaßnahmen Kenntnis zu geben.“ (§ 24 Abs. 6 BMV-Ä)

Besonderheiten

- **Innerhalb einer Berufsausübungsgemeinschaft/eines MVZ** dürfen keine Überweisungen ausgestellt werden, wenn die Patientin bzw. der Patient von mehreren Ärztinnen und Ärzten in der BAG/dem MVZ gemeinschaftlich behandelt wird.
- **Ermächtigte Ärztinnen und Ärzte** dürfen Überweisungsscheine ausstellen, soweit ihre Ermächtigung eine solche Überweisungsbefugnis enthält. In der Ermächtigung müssen die von der Überweisungsbefugnis umfassten Leistungen festgelegt werden. Das betrifft auch ermächtigte Einrichtungen, die ärztlich geleitet werden.

Hinweis

Überweisungen sind nicht zulässig, wenn die betreffenden Leistungen in Polikliniken und Ambulatorien als verselbständigte Organisationseinheiten desselben Krankenhauses erbracht werden.

- **Krankenhäuser** dürfen im Rahmen der **ambulanten Notfallbehandlung** ausnahmsweise Überweisungen für Labor-, Pathologie- und Radiologieleistungen ausstellen, sofern das Krankenhaus über keine entsprechende Abteilung verfügt und die Untersuchung für die Notfallbehandlung erforderlich ist.
- **Kliniken**, die **ambulante Operationen nach § 115b SGB V** durchführen, sind berechtigt, Überweisungen zur postoperativen Behandlung an eine niedergelassene Vertragsärztin bzw.

einen niedergelassenen Vertragsarzt auszustellen. Falls die Klinik keine eigene Betriebsstättennummer besitzt, kann der Überweisungsempfängende in seiner Abrechnung den Namen der Klinik in Feldkennung 4219 eintragen.

- Eine von einer **Vertragszahnärztin** bzw. von einem **Vertragszahnarzt** ausgestellte **formlose Überweisung** an eine ausschließlich auftragnehmende Vertragsärztin bzw. einen -arzt gemäß § 13 Absatz 4 BMV-Ä (z. B. Radiologinnen und Radiologen) gilt als Anspruchsnachweis im Sinne dieses Vertrags. Die Vertragsärztin bzw. der Vertragsarzt rechnet ihre bzw. seine Leistungen auf einem selbst ausgestellten Überweisungsschein ab, dem die formlose Überweisung der Vertragszahnärztin bzw. des Vertragszahnarztes beizufügen ist.
- **Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten** sowie **Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten** können Überweisungen nur im Rahmen des in den **Psychotherapie-Richtlinien** des Gemeinsamen Bundesausschusses geregelten Konsiliarverfahrens (Muster 7) vornehmen.
- Laboratoriumsmedizinische Untersuchungen des **Kapitels 32 EBM** und entsprechende laboratoriumsmedizinische Leistungen des **Kapitels 1.7 EBM** dürfen nur an Fachärztinnen und Fachärzte überwiesen werden, bei denen diese Leistungen zum Kern ihres Fachgebietes gehören.



Sofern die überweisende Ärztin bzw. der überweisende Arzt von der Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit der Überweisung überzeugt ist, kann diese bzw. dieser im Quartal auch mehrere Überweisungen zur selben Fachgruppe ausstellen. Letztendlich trägt also die Verantwortung der Überweisende.

Aufbewahrung und Gültigkeit von Überweisungsscheinen

→ **Aufbewahrung** von Überweisungsscheinen:

Aus Gründen der Beweisführung in Regress-/Rückforderungsverfahren empfehlen wir Ihnen, Überweisungs- und Anforderungsscheine sowie im Ersatzverfahren ausgestellte Anspruchsnachweise über einen Zeitraum von drei Jahren aufzubewahren. Ausreichend ist, wenn sie in digitaler Form vorliegen (§ 630f BGB). Die Daten müssen so gespeichert werden, dass ihre Originalität und Unversehrtheit über die gesamte Aufbewahrungsfrist gewährleistet ist und diese innerhalb der Aufbewahrungsfrist verfügbar gemacht werden können.



Die Überweisung **muss 1 Jahr** in der Praxis aufbewahrt werden. Wir empfehlen, sie **3 Jahre** aufzubewahren.

→ **Gültigkeit** von Überweisungsscheinen:

- Beginnt die auf Überweisung tätig werdende Ärztin bzw. der auf Überweisung tätig werdende Arzt ihre bzw. seine Behandlung erst im Folgequartal, kann der ausgestellte Überweisungsschein verwendet werden, sofern die bzw. der Versicherte zum Zeitpunkt der Behandlung eine gültige elektronische Gesundheitskarte vorweisen kann. Erfolgt im Folgequartal kein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt, so kann der ausgestellte Überweisungsschein ohne den erneuten Nachweis der Anspruchsberechtigung verwendet werden. Erstreckt sich die Behandlung der auf Überweisung tätig werdenden Ärztin bzw. des auf Überweisung tätig werdenden Arztes über mehr als ein Quartal, so kann der Überweisungsschein quartalsübergreifend weiterverwendet werden. Die erneute Ausstellung eines Überweisungsscheines ist nicht erforderlich.
- Verwendung des Überweisungsscheines im Rahmen der Humangenetik:
 - Molekulargenetische Untersuchungen ziehen sich oftmals über mehrere Quartale hin. Die humangenetische Beurteilung ist erst mit dem Behandlungsabschluss vollständig erbracht, somit kann diese erst nach Abschluss der molekulargenetischen Behandlung und im selben Quartal berechnet werden.
 - Im ersten Quartal, in dem die Ärztin bzw. der Arzt auf Überweisung in Anspruch genommen wird, rechnet sie bzw. er ihre bzw. seine Leistungen (z. B. Grundpauschale, ggf. weiteres Gen-Labor) auf dem vorliegenden Überweisungsschein ab.
 - In den Folgequartalen kann die Humangenetikerin bzw. der Humangenetiker einen Originalschein anlegen und aufgrund der erforderlichen weiteren Arzt-

Patientenkontakte auch die Grundpauschale abrechnen. In dem Quartal, in dem die genetische Beurteilung vollständig erbracht wurde, kann diese samt Zuschlägen auf dem Originalschein abgerechnet werden. Überweisungen sind für diese Quartale nicht mehr gesondert auszustellen.

Sonderfälle

- Regelung bei Behandlung von **Asylbewerbenden/besonderen Sozialhilfeempfangenden** (= kurzfristige Sozialhilfeempfangende, weniger als einen Monat Sozialhilfebezug):
 - Überweisungen können ohne erneute Anforderung eines Behandlungsscheines vorgenommen werden. Es genügt, dem Überweisungsschein eine Kopie des vorliegenden Behandlungsscheins beizulegen.

Hinweis

Für außerbayerische Kostenträger gelten gegebenenfalls abweichende Regelungen.

- Auch bei der Behandlung unbegleiteter minderjähriger Flüchtlinge ist bei einer Überweisung keine gesonderte Zustimmung des Sozialhilfeträgers erforderlich. Bei Vorlage des Original-Behandlungsausweises stellt die Ärztin bzw. der Arzt (Haus- oder Kinderärztin bzw. -arzt) bei Bedarf einen Überweisungsschein aus – dieser darf von der Fachärztin bzw. vom Facharzt ohne Genehmigungsvermerk vom Sozialhilfeträger angenommen werden.

Hinweis

Zur Vermeidung von Übertragungsfehlern des Kostenträgers (entweder Jugendhilfe oder Sozialhilfe) empfehlen wir, dem Überweisungsschein eine Kopie des Originalscheins beizulegen.

- Bei **Angehörigen der Bundeswehr, der Bayerischen Bereitschaftspolizei oder der Bundespolizei** muss jeweils ein Überweisungsschein der **Polizei- bzw. Truppenärztin** oder des **Polizei- bzw. Truppenarztes** (bei Musterungsuntersuchungen des Kreiswehrrersatzamts) vorgelegt werden.

Rechtsgrundlagen

- § 24 Bundesmantelvertrag Ärzte (BMV-Ä)
- Vereinbarung über Vordrucke für die vertragsärztliche Versorgung (Anlage 2 BMV-Ä)
- Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Krankenhausbehandlung (Krankenhouseinweisungs-Richtlinie/KE-RL)

Weitere Informationen

KBV – § 24 Bundesmantelvertrag Ärzte (BMV-Ä):

→ www.kbv.de/html/bundesmantelvertrag.php



KBV – Anlage 2 BMV-Ä:

→ www.kbv.de/media/sp/02_Vordruckvereinbarung.pdf



KBV – Erläuterungen zu Anlage 2 BMV-Ä:

→ www.kbv.de/media/sp/02_Erlaeuterungen.pdf



KBV – Anlage 2b BMV-Ä:

→ www.kbv.de/media/sp/02b_Vordruckvereinbarung_digitale_Vordrucke.pdf



G-BA – Krankenhouseinweisungs-Richtlinie (KE-RL):

→ www.g-ba.de/richtlinien/16/



Persönliche Beratung

Sie wünschen eine persönliche Beratung?

Vereinbaren Sie gerne einen Termin im Beratungscenter in Ihrer Region. Dabei haben Sie die Wahl: Gespräch vor Ort, am Telefon oder komfortabel per Video.

Sämtliche Kontaktdaten finden Sie unter:

→ www.kvb.de/mitglieder/beratung

