

# Vereinbarungsregelungen zur Überweisungssteuerung mit der Techniker Krankenkasse (TK)

## Geltungsbereich

- Die Vereinbarung findet Anwendung im Bereich der KVSA und gilt für alle Versicherten, die am TK-Hausarztvertrag nach § 73b SGB V teilnehmen.
- Teilnahmeberechtigt an dieser Vereinbarung als überweisende Ärzte sind im Bereich der KVSA zugelassene, in einer Praxis angestellte sowie in einem Medizinischen Versorgungszentrum bzw. in Einrichtungen nach § 311 oder § 105 SGB V tätige Hausärzte, die am Hausarztvertrag der TK teilnehmen.
- Teilnahmeberechtigt an dieser Vereinbarung als übernehmende Ärzte sind für die fachärztliche Versorgung zugelassene Ärzte, durch Vertragsärzte angestellte Fachärzte sowie angestellte Fachärzte in Einrichtungen gemäß § 311 Abs. 2 SGB V, § 105 SGB V und Medizinischen Versorgungszentren gemäß § 95 SGB V und Hausärzte mit einer Genehmigung zur Erbringung von Facharztleistungen (im Folgenden: Fachärzte).

## Überweisungsverfahren

- Der behandelnde Hausarzt kann Überweisungen der Kategorie A bzw. B für eine dringliche Vorstellung nach den nachfolgenden Regelungen an den Facharzt in Sachsen-Anhalt ausstellen. Die Anzahl der Überweisungen ist begrenzt. Die maximale Anzahl errechnet sich aus der Anzahl von 3 % der durchschnittlich behandelten TK-Versicherten in der jeweiligen Praxis.
- Der überweisende Hausarzt prüft die Dringlichkeit der Vorstellung beim Facharzt und stuft diese unter Berücksichtigung der nachfolgenden Dringlichkeitskategorien ein.
- Der Hausarzt vermittelt seinem Patienten einen dringlichen Facharzttermin durch ein Telefonat mit dem Facharzt oder durch die Übermittlung der vereinbarten Faxanfrage „Überweisungssteuerung“ auf dem schnellsten Weg. Für die Vorstellung beim Facharzt erhält der Patient ggf. relevante Vorbefunde und den Überweisungsschein (Muster 6) mit der nachfolgenden Kennzeichnung:

- **Kategorie A (sehr dringend) – Kennzeichnung A:**

Diagnostik, Behandlung durch den auf Überweisung tätig werdenden Facharzt und Information des überweisenden Arztes spätestens am nächsten Arbeitstag.

Versorgungsanlässe zur Dringlichkeitskategorie A

- Überprüfung der Notwendigkeit einer vor- oder vollstationären Behandlung
- Drohender Dauerschaden des Patienten
- Hochakutes Krankheitsbild

- **Kategorie B (dringend) – Kennzeichnung B:**

Diagnostik, Behandlung durch den auf Überweisung tätig werdenden Facharzt und Information des überweisenden Arztes innerhalb einer Woche (7 Tage).

Versorgungsanlässe der Dringlichkeitskategorie B

- Versagen einer begonnenen Therapie
- Zunehmende / anhaltende Verschlechterung der Symptomatik
- Anhaltende Arbeitsunfähigkeit zur Abklärung des Behandlungsprozesses oder anderer sozialrechtlicher Konsequenzen

## Abrechnungsvoraussetzungen

### Der überweisende Hausarzt

- nimmt eine fallbezogene Patientenanamnese, die klinische Untersuchung und den Ausschluss wichtiger Differentialdiagnosen vor,
- übermittelt die Ergebnisse der erhobenen Befunde und gibt ggf. Informationen zur begonnenen Therapie oder den üblichen Therapieversuchen unter Nutzung des Überweisungsscheins (Muster 6),
- teilt die Diagnose / Verdachtsdiagnose im Klartext oder wenn möglich nach ICD-10 mit,
- trägt auf dem Überweisungsschein (Muster 6) mittels Drucker die Kategorien A oder B im Feld „Auftrag“ ein,
- unterstützt den Patienten bei der Terminvermittlung bzw. stellt den Kontakt zum Facharzt her, um einen verbindlichen Vorstellungstermin gem. der Vorgaben der Kategorien A bzw. B zu vereinbaren.

Der **übernehmende Facharzt** bei einem vom überweisenden Hausarzt ausgestellten Überweisungsschein (Muster 6) mit Kennzeichnung **der Kategorie A bzw. B**

- übernimmt diesen Patienten in dem vorgegebenen Zeitraum,
- informiert den zuweisenden Hausarzt und den Patienten über den reservierten Behandlungstermin
- teilt das Ergebnis der Untersuchung bzw. Behandlung dem überweisenden Hausarzt incl. aller notwendigen Informationen über die bei ihm erhobenen Befunde, die erfolgte oder ggf. einzuleitende Behandlung und die von ihm veranlassten Leistungen sowie Empfehlungen zur Weiterbehandlung entsprechend kurzfristig mit.

Eine ggf. erforderliche Nachuntersuchung des Patienten durch den übernehmenden Facharzt nach Abschluss des Behandlungsfalls soll in Absprache mit dem überweisenden Hausarzt erfolgen.

### Abrechnung und Vergütung

- Die Abrechnung und Vergütung der Leistungen nach dieser Vereinbarung erfolgt über die KVSA. Die Vergütung wird außerhalb der MGV gezahlt und erfolgt mit der Quartalsabrechnung des entsprechenden Quartals. Die Regelungen des § 295 Abs. 1 SGB V finden Anwendung. Die Vergütung gegenüber dem Arzt wird von der KVSA in den Honorarunterlagen gesondert ausgewiesen.
- Der überweisende Hausarzt rechnet für die Steuerung der Überweisungen an Fachärzte der Kategorie A die Abrechnungsziffer 99690A bzw. der Kategorie B die Abrechnungsziffer 99690B jeweils in Höhe von 10 Euro ab, wenn eine Terminvermittlung mit dem Facharzt erfolgt ist.
- In den Kategorien A bzw. B erhält der übernehmende Facharzt für die Terminvergabe jeweils eine nach Dringlichkeit unterschiedliche Vergütung.
  - **Kategorie A:** Abrechnungsziffer 99691A in Höhe von 15 Euro
  - **Kategorie B:** Abrechnungsziffer 99691B in Höhe von 10 Euro.