



# Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg - Vorpommern

Körperschaft des öffentlichen Rechts

- Abrechnungsabteilung -

KV Mecklenburg - Vorpommern | Postfach 16 01 45 | 19091 SCHWERIN

Ihr Ansprechpartner:  
Frau Gläser

--

An alle niedergelassenen und  
ermächtigten Ärztinnen und Ärzte,  
psychologischen Psychotherapeuten  
sowie Einrichtungen in  
Mecklenburg-Vorpommern

Neumühler Strasse 22  
**19057 SCHWERIN**  
Telefon: (0385) 7431 - 0  
Durchwahl: (0385) 7431 - 299  
Telefax: (0385) 7431 - 461

eMail: aschaarschmidt@kvmv.de

Ihre Zeichen

Ihre Nachricht vom

Unsere Zeichen

Datum

--

--

GI/Schaa

20. März 2006

## RUNDSCHREIBEN NR. 7 / 2006

### zur Abrechnung der ärztlichen Leistungen im 1. Quartal 2006

Sehr geehrte Damen und Herren,

in gewohnter Form möchten wir Ihnen in Vorbereitung auf die Abrechnung des 1. Quartals 2006 aktuelle Informationen geben, die Sie bitte unbedingt berücksichtigen sollten.

Aufgrund dessen, dass der Bewertungsausschuss in seiner 112. Sitzung umfangreiche Beschlüsse mit Wirkung ab 01.04.2006 festgelegt hat, haben wir uns entschlossen, die wichtigsten Beschlüsse in Kurzform im zweiten Teil unseres Rundschreibens bekannt zu geben.

Bitte entnehmen Sie die für Sie relevanten Leistungsziffern und rufen Sie ggf. die zuständigen Mitarbeiter in unserer Abrechnungsabteilung an, die Ihnen gerne Ihre Fragen beantworten.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat uns nochmals versichert, dass im Laufe des Jahres mit einer überarbeiteten Auflage des EBM zu rechnen ist und alle Änderungen inhaltlich erfasst sind.

### Zur Abrechnung des 1. Quartals 2006 ergeben sich folgende Hinweise:

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 21. Februar 2006 beschlossen, die Übergangsfrist zur **Verordnung der medizinischen Rehabilitation unter Abrechnung der Ziffer 01611 ohne Genehmigung bis zum 31.03.2007** zu verlängern. Mit Veröffentlichung im Bundesanzeiger tritt diese Regelung in Kraft. Innerhalb dieser Frist können die notwendige Qualifikation nachgewiesen und Anträge auf Erteilung einer Genehmigung gestellt werden. Auskünfte hierzu gibt Ihnen aus der Abteilung Qualitätssicherung Frau Ohde unter der Tel.-Nr. 0385 / 7431-210.

**Verordnung von Medizinischer Rehabilitation nach Ziffer 01611 ohne Genehmigung bis 31.03.2007 verlängert**

Aufgrund von Nachfragen möchten wir darauf hinweisen, dass neben Früherkennungsuntersuchungen wie z.B. die Ziffer 01730 (Krebsfrüherkennung der Frau) die Ziffer 01821 (Beratung zur Empfängnisregelung) berechnungsfähig ist.

Die gleiche Regelung trifft auch für die Ziffer 01770 (Betreuungsleistung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung) und die Ziffer 01821 zu. Allerdings erst dann, wenn die Patientin entbunden hat. Bislang gibt es keine Abrechnungsausschlüsse im EBM, so dass **bei Erfüllung des Leistungsinhaltes Früherkennungsuntersuchungen und Leistungen der ehemaligen Sonstigen Hilfen nebeneinander in Ansatz gebracht werden können.**

**Früherkennungsuntersuchungen ggf. auch nebeneinander berechnungsfähig**

Wir stellen in den Abrechnungen wiederholt fest, dass durch Hausärzte oder Fachärzte Laborleistungen, die Bestandteil von Früherkennungsuntersuchungen sind, gleichzeitig per Überweisungsschein Muster 10 von Laborärzten bzw. Fachwissenschaftlern abgefordert werden, die diese dann aufgrund der Überweisung zur Abrechnung bringen.

**Laborleistungen, die Bestandteil von Früherkennungsuntersuchungen sind, dürfen nicht zusätzlich abgerechnet werden.** Demzufolge muss die Anforderung formlos erfolgen unter interner Verrechnung zwischen Veranlasser und Leistungserbringer. In keinem Falle sind die Vordruckmuster der vertragsärztlichen Versorgung zu verwenden.

**Laborleistungen als Bestandteil der Gesundheitsuntersuchung nicht per Überweisungsschein veranlassen**

Nach mehrmaligen Gesprächen zwischen der KVMV und der KBV ist nun geklärt worden, dass **je nach Fachgebiet die Beratung, Erörterung und/oder Abklärung immer dann neben der Ziffer 35110 (Verbale Intervention) abgerechnet werden kann, wenn eine 10minütige Beratung unter einem anderen kurativen Aspekt erfolgt.**

Bereits mit dem 4. Quartal 2005 sind diese vorgenannten Gesprächsleistungen nebeneinander akzeptiert worden.

Ausgenommen von dieser Regelung sind Gesprächsleistungen, die explizit lt. EBM neben der Ziffer 35110 ausgeschlossen sind.

**Beratungsleistungen aus diversen arzt-spezifischen Kapiteln neben Ziffer 35110 berechnungsfähig**

Die **See-Krankenkasse** hat uns mitgeteilt, dass sie über die STIKO-Empfehlung hinaus **für versicherte Lotsen und deren versicherte Familienangehörige die Hepatitis-A-Impfung zu ihren Lasten übernimmt.**

Somit ist die **ärztliche Leistung für die Impfung über den Krankenschein** abzurechnen. Die **Verordnung des Impfstoffes erfolgt im Einzelfall unter Angabe des Patientennamen direkt zu Lasten der See-Krankenkasse und nicht aus dem Sprechstundenbedarf.** Bitte achten Sie darauf, dass die **Verordnung des Impfstoffes für den Patienten zuzahlungspflichtig** ist.

**Hepatitis-A-Impfung für Lotsen der See-Krankenkasse**

Im letzten Rundschreiben haben wir Sie informiert, dass Überweisungsscheine zur Behandlung auch quartalsübergreifend gültig sind und für Kinder bis zum 18. Lebensjahr sowie für Erwachsene unter Einziehen der Praxisgebühr (Angabe Pseudo-Nr. 80030) im Folgequartal zur Abrechnung gebracht werden können. Bitte **übernehmen Sie in Ihr Computersystem das korrekte Ausstellungsdatum dieses Überweisungsscheines aus dem Vorquartal**, da nur so eine ordnungsgemäße Umsetzung der Praxisgebühr erfolgen kann. **Diese Verfahrensweise gilt selbstverständlich auch für Überweisungsscheine aus dem aktuellen Quartal.**

**Überweisungsscheine ordnungsgemäß im Computersystem erfassen**

Die Ausstellung eines Rezeptes für ein Kontrazeptivum ist keine Maßnahme einer Vorsorgeleistung, die gemäß § 28 Abs. 4 SGB V von der Zuzahlung der Praxisgebühr befreit.

**Praxisgebühr bei Ausstellung eines privaten Pillenrezeptes**

Von Seiten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung wird nochmals schriftlich bestätigt, dass **Patienten ab Vollendung des 20. Lebensjahres für die ausschließliche Ausstellung eines privaten Pillenrezeptes bereits die Praxisgebühr von 10,00 € zu entrichten haben.** Grund ist, dass die ärztliche Leistung des Ausstellens des Rezeptes zu Lasten der Krankenkasse der Patientin erbracht wird.

Unberührt davon bleibt, dass die Ausstellung des privaten Pillenrezeptes ggf. auch für 6 Monate erfolgen kann.

Hier liegt die Entscheidung ausschließlich beim Arzt, der die Verordnung ausstellt.

Aufgrund von vielen Nachfragen möchten wir Sie nochmals darüber informieren, dass **bei Vorlage einer gültigen Zuzahlungsbefreiung der Krankenkasse der Behandlungsfall in Ihrer Abrechnung mit der Pseudo-Nr. 80032 zu kennzeichnen** ist.

**Pseudo-Nr. 80032 für die Zuzahlungsbefreiung „Praxisgebühr“**

Es ist hierbei völlig unerheblich, ob die Zuzahlungsbefreiung aufgrund des Erreichens der Belastungsgrenze oder der Teilnahme am DMP-Vertrag bzw. des Hausärztervertrages erteilt wurde.

Bitte achten Sie darauf, dass die **Zuzahlungsbefreiung bei Teilnahme am Barmer-Hausarztvertrag nur für die Praxisgebühr bei der Inanspruchnahme des Hausarztes** Gültigkeit findet. Sie gilt nicht bei Erstinanspruchnahme eines anderen Leistungserbringers im Rahmen der ambulanten Behandlung und im Notfall und nicht für die Verordnung von Arznei, Heil- und Hilfsmitteln.

Auch für die Feuerwehrbeamten in Neubrandenburg gelten ab 01.02.2006 die neuen Heilfürsorgebestimmungen für Polizeivollzugsbeamte, so dass sie Zuzahlungen wie gesetzlich Krankenversicherte zu leisten haben.

**Feuerwehrbeamte Neubrandenburg in MV leisten ab 01.02.2006 Zuzahlungen**

Eine aktuelle Übersicht über die Zahlung der Praxisgebühr für Sonstige Kostenträger legen wir diesem Rundschreiben bei. Damit **korrigieren** wir gleichzeitig die auf Seite 10 des März-Journals veröffentlichte Aufstellung bezüglich des **Auslandsabkommens EG**.

Weitere allgemeine Informationen:

**Im Zusammenhang mit der Betreuung von ausländischen Patienten in Ihren Praxen müssen wir Sie darüber informieren, dass mit Wirkung ab 01.01.2006 die ärztliche Behandlung nur bei Vorlage einer Europäischen Krankenversichertenkarte (EHIC) oder einer provisorischen Ersatzbescheinigung (PEB) erfolgen darf.**

**Behandlung von Patienten im Rahmen des Auslandsabkommens (EG)**

Mit der Abschaffung des sogenannten Auslandskrankenscheines (Formular E 111) wurde eine Modifikation des Merkblattes über die vertragsärztliche Versorgung von ausländischen Versicherten notwendig. Gleichzeitig erfolgte eine Änderung des Mustervordruckes 80 (Dokumentation des Behandlungsanspruches von im Ausland Versicherten) zum 01.04.2006. Übergangsfristen wurden für das Muster 80 nicht vereinbart.

Eine Schnellübersicht zur Handhabung der Abrechnung und eine ausführliche Information in Form eines Merkblattes können Sie über unsere Homepage [www.kvmv.de](http://www.kvmv.de) -> Abrechnung -> Grundlagen der Abrechnung einsehen.

Wiederholt müssen wir in der Abrechnungsprüfung feststellen, dass Patientenfälle mit abgelaufener Gültigkeit der Krankenversichertenkarte zur Abrechnung gebracht werden, ohne dass ein Ersatzverfahren mit eingereicht wurde. **Achten Sie bitte beim Einlesen der Krankenversichertenkarte in Ihrer Praxis auf die Gültigkeit der Versichertenkarte.** Nur unter Abrechnung eines Ersatzverfahrens akzeptieren wir die Abrechnung, da der Patient mit seiner Unterschrift bestätigt, Mitglied der Krankenkasse zu sein.

**Der Patient ist anzuhalten, gemäß den bundesmantelvertraglichen Regelungen in § 13 Abs. 1 BMV-Ä und § 7 Abs. 1 EKV umgehend eine gültige Krankenversichertenkarte vorzulegen, andernfalls erlischt der Anspruch auf ärztliche Behandlung zu Lasten der Gesetzlichen Krankenkasse.**

**Gültigkeit der Chipkarte beachten**

Die Krankenkassen bitten uns, Ihnen mitzuteilen, dass Verordnungen zur häuslichen Krankenpflege keine zeitlichen Begrenzungen auf das Quartal haben.

So kann eine Verordnung zur häuslichen Krankenpflege

**? auch über das laufende Quartal hinausgehen**

**? oder erst im Laufe des Quartals beginnen**

**? oder auch für bis zu 12 Monate ab Verordnungsdatum ausgestellt werden, wenn aus ärztlicher Sicht angenommen werden kann, dass Krankenpflegeleistungen über den entsprechenden Zeitraum erforderlich sind.**

Bitte prüfen Sie, ob Sie im Einzelfall Ihre Ordnungsweise ändern können.

**Verordnungszeiträume von Leistungen der häuslichen Krankenpflege**

Mit Wirkung ab 01.01.2006 ist die neue **Arzneiverschreibungsverordnung** in Kraft getreten. Nunmehr dürfen **verschreibungspflichtige Arzneimittel in der Apotheke nur noch bei Vorlage einer entsprechenden Verordnung** abgegeben werden.

Die Apothekerkammer hat uns gebeten, Sie über die Neuerungen zu informieren. Als Anlage zum Rundschreiben haben wir ein entsprechendes Merkblatt beigefügt.

Darüber hinaus stellen wir Ihnen die **Arzneimittelverschreibungsverordnung** auf unserer Homepage [www.kvmv.de](http://www.kvmv.de) -> Arzneimittelversorgung -> Rechtsgrundlagen der Versorgung zur Verfügung.

**neue Arzneiverschreibungsverordnung seit 1. Januar 2006 in Kraft**

Im Rahmen der Rezept- und Rechnungsprüfung haben einige Krankenkassen festgestellt, dass häufig Verordnungen von Arzneimitteln im **Zusammenhang mit einem Arbeitsunfall** versehentlich zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung ausgestellt werden. Die Vordruckvereinbarung regelt, dass **im Rezeptfeld „Krankenkasse bzw. Kostenträger“ die zuständige Berufsgenossenschaft sowie der Unfalltag und der Unfallbetrieb anzugeben sind. Darüber hinaus ist das Feld „Arbeitsunfall“ anzukreuzen.**

Wird die Verordnung mittels Krankenversichertenkarte erstellt, ist darauf zu achten, die Krankenkasse und Krankenkassennummer zu streichen und den Unfallversichertenträger einzutragen. **Versehentlich falsch gezeichnete Verordnungen gehen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung. Darüber hinaus wird das Ausgabenvolumen der betreffenden Arztpraxis zugeordnet. Diesem Umstand können Sie nur durch eine ordnungsgemäße Verordnung entgegenwirken.**

**Verordnung zu Lasten der Unfallversicherungsträger ordnungsgemäß vornehmen**

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat Änderungen bzw. Modifizierungen der im Abschnitt F III.3 der Psychotherapie-Richtlinien definierten Qualifikationsvoraussetzungen für eine Gutachtertätigkeit sowohl für den Bereich der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Psychotherapie und Verhaltenstherapie beschlossen. Den psychologischen Psychotherapeuten unseres Landes werden wir mit diesem Rundschreiben entsprechende Erläuterungen zur Änderung der Psychotherapie-Richtlinie im Hinblick auf die Qualifikation der Gutachter zur Kenntnis reichen.

#### **Änderung der Psychotherapie-Richtlinie im Hinblick auf die Qualifikation der Gutachter**

Als **Vorab-Information** möchten wir die **vorsorgekoloskopierenden Ärzte** in Mecklenburg-Vorpommern darüber informieren, dass der Gemeinsame Bundesausschuss die **Einführung der elektronischen Dokumentation für die Früherkennungskoloskopie zum 1. Januar 2007** beschlossen hat. Wir werden Sie noch im Mai/Juni 2006 gezielt über die Verfahrensweise zur Umstellung in Ihren Praxen informieren.

#### **Elektronische Dokumentation für die Früherkennungskoloskopie Vordruckmuster 38**

Wichtige Beschlüsse des Bewertungsausschusses aus seiner 112. Sitzung, die mit Wirkung ab 01.04.2006 greifen:

Wie bereits im alten EBM verankert, wurde nun die **Epilation durch Elektrokoagulation im Gesicht und an den Händen bei krankhaftem und entstellendem Haarwuchs wieder in den EBM** mit aufgenommen. Hierfür ist einmal am Behandlungstag die Ziffer 02300 bzw. 10340 berechnungsfähig. Damit entfällt zukünftig die Privatliquidation bei entsprechendem Krankheitsbild.

#### **Ziffern 02300 / 10340 für Epilation von krankhaftem Haarwuchs**

Die Lumbalpunktion nach **Ziffer 02342 ist berechnungsfähig für die Abklärung einer Hirn- oder Rückenmarkserkrankung mittels Lumbalpunktion** unter mindestens zweistündiger Nachbetreuung mit ärztlicher Abschlussuntersuchung. Das Wort „entzündlich“ wurde gestrichen. Darüber hinaus können nunmehr auch Kinderärzte ohne Qualifikationsvoraussetzungen diese Leistungsziffer abrechnen.

#### **Änderung der Leistungsziffer 02342**

Von den Vertragspartnern ist klargestellt worden, dass die **Strukturpauschalen der Hausärzte nach den Ziffern 03001 / 03002 bzw. 04001 / 04002** dann abgerechnet werden können, wenn unter anderem die Patienten **unter der Indikation Demenz als neurodegenerative Erkrankung** behandelt werden.

#### **Demenz als Indikation zur Abrechnung der Leistungen 03001 / 04001**

In den arzt-spezifischen Kapiteln der Hausärzte, Gynäkologen und fachärztlichen Internisten ist der **Prokto-/Rektoskopischer Untersuchungskomplex** in der Form geändert worden, dass dieser berechnungsfähig ist, wenn **entweder eine Proktoskopie oder eine Rektoskopie stattgefunden hat**.

#### **Ziffern 03331 / 04331 / 08333 / 13257 / 30600 für Proktoskopie und/oder Rektoskopie berechnungsfähig**

Obligat müssen für beide Eingriffe die rektale Untersuchung und eine Patientenaufklärung erfolgen.

**Gleiche Änderung erfolgte für die Ziffer 30600.**

Für die **Anlage einer Paukenhöhlendrainage** nach Ziffer 09351 als kleiner operativer Eingriff ist, wenn dieser **bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern in Narkose** erfolgt, die **Ziffer 31231 aus dem Kapitel 31.2** zu berechnen. Eine Genehmigung zum ambulanten Operieren ist nicht notwendig.

#### **Anlage einer Paukenhöhlendrainage in Narkose bis zum 12. Lj nach Ziffer 31231**

Die Ergänzung der Leistungsziffer 13300 stellt klar, dass der Inhalt dieser Komplexleistung unter anderem auch dann erfüllt ist, wenn sonographische Untersuchungen der Extremitätenver- und/oder entsorgenden Gefäße mittels Duplex-Verfahren (Nr. 33072) erfolgen.

**Klarstellung der Ziffer 13300 – Angiologisch-diagnostischer Komplex**

Die **Zuschlagsziffer 13401** nach einer Ösophagoskopie, Ösophagosgastroskopie oder Ösophagosgastroduodenoskopie ist unter anderem auch berechnungsfähig **für die therapeutische Mukosektomie(n) mittels Hochfrequenzelektroschlinge.**

**Änderung der Zuschlagsziffer 13401**

Für die **Anwendung und Auswertung des Aachener Aphasietests (AAT) als Eingangsdiagnostik vor der Erstverordnung einer Stimm-, Sprech- und/oder Sprachtherapie** wurde die **Ziffer 16371** neu aufgenommen.

**Neuaufnahme der Ziffer 16371**

In den Allgemeinen Bestimmungen 2.1.4 wurde diese Leistungsziffer als **berichtspflichtige** Leistung an den Hausarzt mit aufgenommen.

Im arzt spezifischen Kapitel der Phoniater und Pädaudiologen wurden notwendigerweise die **Stimmfeldmessung nach Ziffer 20333 und der Wechsel und/oder Entfernung einer pharyngo-trachealen Sprechprothese nach Ziffer 20334** neu aufgenommen, die mit Einführung des neuen EBM bereits im arzt spezifischen Kapitel der HNO-Ärzte nach den Ziffern 09333 und 09350 verankert sind.

**Neuaufnahme der Ziffern 20333 und 20334 für Stimmfeldmessung und Sprechprothesen**

In der Präambel 31.2.1 Nr. 5 wird neu ausgeführt, dass **eine operative Leistung des Abschnittes 31.2 auch einen postoperativen Arzt-Patienten-Kontakt, wenn er denn fakultativ notwendig wird, ab dem ersten Tag nach der Operation umfasst.** Damit ist der **postoperative Behandlungskomplex für den Operateur** nach dem Abschnitt 31.4 **frühestens mit dem zweiten Arzt-Patienten-Kontakt am ersten Tag nach der Operation** berechnungsfähig.

**Änderung der Präambel 31.2.1 Nr. 5 zu Kapitel 31 EBM**

Da Sie grundsätzlich berechtigt sind, alle Arzt-Patienten-Kontakte nach der Operation mit dem Konsultationskomplex abzurechnen, werden wir diese Neuregelung mit der Abrechnung des 2. Quartals 2006 prüfen und gegebenenfalls postoperative Behandlungskomplexe, die am OP-Tag und am ersten Tag nach der OP ohne weiteren Arzt-Patienten-Kontakt im Quartal dokumentiert wurden, dann leider streichen müssen. Grund der Änderung der Präambel ist nach Aussage der KBV die Nachbetreuungszeit, die für operative Eingriffe auf 21 Tage kalkuliert wurde.

Unter der Leistungsziffer 34502 ist das Verfahren der Chemonukleolyse und/oder Volumenreduktion durch Coblation als **CT-gesteuerte Intervention** an der Bandscheibe berechnungsfähig.

**Verfahren der CT-gesteuerten Intervention nach Ziffer 34502**

Die **CT-gestützte Osteodensitometrie** ist als **Klarstellung des Photonenabsorptionstechnik** entsprechend des obligaten **Leistungsinhaltes der Ziffer 34600** zu verstehen und mit dieser abzurechnen. Eine Privatliquidation scheidet nunmehr für die Zukunft aus.

**Klarstellung des Leistungsinhaltes der Ziffer 34600**

**Weitere Änderungen entnehmen Sie bitte dem Deutschen Ärzteblatt Heft 11 vom 17. März 2006. Wir müssen an dieser Stelle darauf aufmerksam machen, dass die vorgenannten Beschlüsse aus der 112. Sitzung des Bewertungsausschusses unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) Gültigkeit finden.**

Wir möchten Sie darüber informieren, dass aufgrund von Richtlinienänderungen sowie Neuregelungen bei der Versorgung von ausländischen Versicherten einige Vordruckmuster im Zusammenhang mit der 18. Änderungsvereinbarung der Vordruckvereinbarung zum 01.04.2006 modifiziert bzw. neu eingeführt werden.

**Änderungen erfahren die folgenden:**

- Muster 39:** Dokumentationsbogen zur Krebsfrüherkennung – Frauen
- Muster 40:** Dokumentationsbogen zur Krebsfrüherkennung – Männer
- Muster 61:** Verordnung von medizinischer Rehabilitation
- Muster 80:** Dokumentation des Behandlungsanspruchs von im Ausland Versicherten
- Muster 81:** Erklärung des im EU- bzw. EWR-Ausland oder der Schweiz versicherten Patienten bei Inanspruchnahme von Sachleistungen während eines vorübergehenden Aufenthaltes in Deutschland

**Neu eingeführt wird das:**

- Muster 70A:** Folge-Behandlungsplan für Maßnahmen der künstlichen Befruchtung

Das neue Muster 39 beinhaltet sowohl den Überweisungsschein zur präventiven zytologischen Untersuchung als auch den Dokumentationsbogen zur Krebsfrüherkennung – Frauen.

Gemeinsam wurde durch die Vertragspartner die Regelung getroffen, dass die alten Mustervordrucke 39, 40, 61 und 81 aufgebraucht werden können. Ausnahme bildet nur das Muster 80, das über den 01.04.2006 nicht weiter verwendet werden darf. Entsprechende Bestellungen sind über die Innere Verwaltung, Tel.-Nr. 0385 / 7431-395 vorzunehmen.

Die Finanzbuchhaltung aus unserem Hause bittet uns, Sie über die Verfahrensweise bei Überzahlungen hinzuweisen

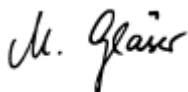
Im Zusammenhang mit der Einführung des neuen HVM ab 01.10.2005 und auch aufgrund bereits vorher in Kraft getretener Bestimmungen (z. B. Regelleistungsvolumina, neuer EBM 2000plus ab 01.04.2005 oder Praxisgebühr) macht es sich erneut notwendig, Hinweise zur Verfahrensweise bei Überzahlungen zu geben.

Wird der überzahlte Betrag von Ihnen zurückgezahlt, muss eine Information an die Finanzbuchhaltung erfolgen, damit keine Verrechnung mit der nächsten Abschlagszahlung erfolgt. Grundsätzlich ist es möglich, überzahlte Beträge mit künftigen Zahlungen zu verrechnen. Dazu nehmen Sie bitte telefonischen Kontakt mit der Finanzbuchhaltung auf, damit eine angemessene Verrechnung vorgenommen werden kann. Sie erreichen Frau Ehlert unter der Tel.-Nr. 0385 / 7431-232 oder Frau Tritthardt unter der Tel.-Nr. 0385 / 7431-231.

Ihre Abrechnung des 1. Quartals 2006 geben Sie zu folgenden Zeiten bei uns ab:

03.04.2006 – 05.04.2006	07.00 Uhr – 16.00 Uhr
06.04.2006 – 07.04.2006	07.00 Uhr – 18.00 Uhr
08.04.2006	08.00 Uhr – 16.00 Uhr
10.04.2006	07.00 Uhr – 18.00 Uhr

Mit freundlichen Grüßen



Maren Gläser