

**Orthopädie- und Rheumatologievertrag
gemäß § 73c SGB V
Vertragsschulung Rheumatologie**

- 1. Grundlagen, Ziele und Systematik**
- 2. Teilnahme des Arztes**
- 3. Teilnahme der Versicherten**
- 4. Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)**
- 5. Vergütungs- und Abrechnungssystematik**
- 6. Abrechnungsprozess**
- 7. Internetauftritt**

aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die stets gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers (m/w/d) verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

- Gesetzliche Verpflichtung der Krankenkassen zu § 73b SGB V (Hausarztverträge)
- Bis 22.07.2015 Möglichkeit des Abschlusses ergänzender Facharztverträge gemäß § 73c SGB V
- Ab 23.07.2015 Möglichkeit der Vereinbarung „besondere Versorgung“ gemäß § 140a SGB V; bestehende § 73c-Verträge können weiter geführt werden
- Bereinigung der der KV-Gesamtvergütung entsprechend den Vorgaben in §§73b und 140a SGB V und des Bewertungsausschusses

Ziele des Vertrags

- Optimierte, qualitativ hochwertige Versorgung der Versicherten
- Stärkung der ambulanten Versorgung
- Weniger Bürokratie und mehr Zeit für Beratungsgespräche
- Bessere Rahmenbedingungen für Ärzte und Patienten
- Reduktion von stationären Aufenthalten
- Reduktion von Arbeitsunfähigkeitszeiten

- Spezielle Regelungen und Kriterien für die Teilnahme der Ärzte und Versicherten
 - Verpflichtung zur Einhaltung besonderer Anforderungen und Leistungspflichten
 - Vollversorgungsvertrag mit spezieller Honorarsystematik
 - Zusammenarbeit mit dem HZV-Hausarzt sowie anderen Fachärzten/Psychotherapeuten (z.B. Überweisungsmanagement, Berichte)
 - Zusammenarbeit mit dem Sozialen Dienst der AOK/ Patientenbegleitung Bosch BKK
- ➔ **Haus- und Facharztverträge bedingen einander bei der Umsetzung**
- ➔ **Strukturierte Schnittstellen**

Agenda

1. Grundlagen, Ziele und Systematik
2. Teilnahme des Arztes
3. Teilnahme der Versicherten
4. Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)
5. Vergütungs- und Abrechnungssystematik
6. Abrechnungsprozess
7. Internetauftritt

Vorteile für teilnehmende Ärzte

- Durchschnittlich **höhere Vergütung** als bei der KV
- **Mehr Zeit**, insbesondere für Patienten mit chronischen Krankheitsbildern, z.B. durch Vergütung von Gesprächsleistungen
- **Keine Fallzahl- oder Mengenbegrenzung**
- **Wirtschaftliche Sicherung** der Praxen und Planungssicherheit:
 - unbefristete Verträge
 - feste Vergütung

Kreis Teilnahmeberechtigter

➤ **Vertragsärzte**

Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Rheumatologie

➤ **Persönlich ermächtigte Ärzte**

dürfen Leistungen des Vertrages nur im Rahmen und für die Dauer ihrer persönlichen Ermächtigung selbst erbringen und abrechnen

➤ **MVZ**

Sind zur Teilnahme berechtigt, wenn Ärzte angestellt sind, die die Teilnahmebedingungen erfüllen. Teilnahmeantrag erfolgt durch die ärztliche Leitung des MVZ

Hinweis: bei verschiedenen selektivvertraglich relevanten Fachgruppen (auch bei angestellten Ärzten) in der Praxis/ BAG/ MVZ wird ein gleichzeitiger Teilnahmestart (selbes Quartal) empfohlen

Teilnahmevoraussetzungen

Persönliche Voraussetzungen

vom Arzt selbst zu erfüllen
z.B. Vertragsschulung

+

Praxisbezogene Voraussetzungen

von der Praxis/BAG/MVZ
zu erfüllen
z.B. Vertragssoftware

+

Abrechnungsvoraussetzungen

(zur Abrechnung bestimmter Leistungen erforderlich)

Persönliche Teilnahmevoraussetzungen

- Zulassung, Vertragsarztsitz und Hauptbetriebsstätte in Baden-Württemberg
(Nachweis: KV-Zulassung oder KV-Registerauszug)
- Teilnahme an einer Vertragsschulung (inkl. Schulung einer MFA)
(Nachweis: Teilnahmebescheinigung Arzt)
- Erfüllung der Fortbildungspflichten nach §95 d SGB V
(Nachweis: Selbstauskunft)
- Erfüllung ggf. zusätzlicher Fortbildungspflichten zu den spezifischen Krankheitsbildern
(Nachweis: Selbstauskunft – Abfrage der Nachweise durch MEDIVERBUND AG)

Praxisbezogene Teilnahmevoraussetzungen

- Ausstattung mit einer vertragskompatiblen IT und Internetanbindung
(Nachweis: [Selbstauskunft](#))
- Ausstattung mit einem nach BMV-Ä zertifizierten
Arztinformationssystem (AIS/Praxisverwaltungssystem)
(Nachweis: [Selbstauskunft](#))
- Vertragssoftware
(Nachweis: [Bestätigungsformular Vertragssoftware](#))
- HZV-Online-Key zur Datenübertragung
(Nachweis: [Bestätigungsformular HZV-Online-Key](#))

Abrechnungsvoraussetzungen I

Zum Erhalt der **Qualitätszuschläge** sind Nachweise erforderlich:

Qualitätszuschlag	Nachweis	
Sonografie	(KV-Genehmigung oder KV-Abrechnung mit mind. 1 Ziffer aus 33040-43, 33050-52, 33060-64)	Vorhaltung des Geräts im Praxisgebäude erforderlich
Farb-Duplex-Sonografie	(Selbstauskunft: Apparative Voraussetzung zur Durchführung der Leistung Power-Doppler)	
Röntgen	(KV-Zulassung oder KV-Abrechnung mit mind. 1 Ziffer aus 34210, 34220-22, 34230-34, 34237-38, 34240-41, ff.)	Vorhaltung des Geräts in Praxisnähe (auch Gerätegemeinschaft möglich)
Osteodensitometrie (DXA)	(Kauf- bzw. Leasingvertrag des Gerätes und Anmeldung laut Strahlenschutzvereinbarung)	

Abrechnungsvoraussetzungen II

Zur **Abrechnung der Einzelleistung RE1** erforderlich:

Leistung	Nachweis
Patientenschulung StruPI	Selbstauskunft des erfolgreichen Abschluss eines Seminars zur Strukturierten Patientenschulung durch die rheumatologische Fortbildungsakademie

10 Schritte zur Vertragsteilnahme

1. Vertragsunterlagen erhalten / anfordern
2. Vertragsschulung besuchen oder Online-Schulung absolvieren
3. Vertragssoftware bestellen (Ansprechpartner Softwarehaus)
4. HZV-Online-Key bestellen (Bestellformular HÄVG)
5. Teilnahmeerklärung vollständig ausfüllen und unterschreiben
6. Nachweise beilegen (siehe Checkliste)
7. Teilnahmeerklärung und Nachweise an MEDIVERBUND schicken (per Post / Fax / E-Mail)
8. Ggf. fehlende Nachweise nachreichen (MEDIVERBUND informiert)
9. Zulassungsschreiben („Starterpaket“) von MEDIVERBUND abwarten
10. Über Vorteile der Vertragsteilnahme freuen



1. Sprechstundenangebot und Terminvergabe

- reguläre Termine innerhalb von 2 Wochen
- Behandlung in Not- und Akutfällen am Tag des Anrufes durch HAUSARZT/FACHARZT
- werktägliche Sprechstunden (Mo-Fr)
- Angebot eines Abendtermins pro Woche (bis 20.00 Uhr) für eingeschriebene berufstätige Versicherte
- Begrenzung der Wartezeit für eingeschriebene Versicherte bei vereinbartem Termin auf möglichst 30 Minuten

2. Praxisprozesse

- **Befundübermittlung** an den Hausarzt innerhalb von 3 Werktagen
- **Vertreterregelung:** Information der Versicherten über einen am Vertrag teilnehmenden Vertretungsarzt
- **strukturierte und leitliniengerechte Versorgung**

3. Fortbildungen und Qualitätszirkel

- Teilnahme an vertragsspezifischen Fortbildungen:
Mind. **1 zertifizierte Fortbildung pro Jahr** mit insgesamt mind. 8 CME-Punkten zu den inhaltlichen Schwerpunktthemen des Rheumatologiemoduls
- Teilnahme an strukturierten Qualitätszirkeln (gemäß § 5 Abs. 3):
Mindestens **1 Qualitätszirkel je Halbjahr** – zu unterschiedlichen vertragsspezifischen Themen

Agenda

1. Grundlagen, Ziele und Systematik
2. Teilnahme des Arztes
3. Teilnahme der Versicherten
4. Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)
5. Vergütungs- und Abrechnungssystematik
6. Abrechnungsprozess
7. Internetauftritt

Vorteile für teilnehmende Versicherte

- Schnelle und flexible Terminvergabe; begrenzte Wartezeit
- Enge und strukturierte Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Haus- und Fachärzten
- Zeit für individuelle Beratung unter Berücksichtigung von Lebensgewohnheiten und sozialem Umfeld
- Einbezug besonderer Versorgungsangebote der AOK/Bosch BKK
- Strukturierte Patientenschulung (Selbsthilfe und Alltagsgestaltung)
- Zuzahlungsbefreiung bei vielen rabattierten Arzneimitteln (AOK)

Infoblatt „Patientenvorteile auf einen Blick“:
www.medi-verbund.de → Leistungen → Verträge/Abrechnung → AOK/Bosch BKK Rheumatologie →
Allgemeine Informationen und Formulare

- Teilnahmeberechtigt sind alle Versicherten der **AOK BW / Bosch BKK**, die **gültig an der HZV** (Hausarztzentrierten Versorgung) teilnehmen.
- Einschreibung in das gesamte **FacharztProgramm** (in alle bestehenden Facharztverträge)
- In Fachgebieten, in denen es einen Facharztvertrag gibt, dürfen nur **teilnehmende Fachärzte/ Psychotherapeuten** aufgesucht werden, diese dürfen nur auf **Überweisung des HZV-Hausarztes** aufgesucht werden (ausgenommen Notfälle)
- Bindung für mind. 12 Monate mit automatischer Verlängerung

Kardiologie

Gastroenterologie

Psychiatrie / Neurologie / Psychotherapie / KJ-Psychiatrie (nur AOK)

Orthopädie / Rheumatologie

Urologie

Diabetologie (nur AOK)

Nephrologie (nur AOK)

Pneumologie

Basis: HZV-Vertrag

Teilnahmestatusprüfung

Über die Online-Teilnahmestatusprüfung in der Vertragssoftware wird der aktuelle Teilnahmestatus des Versicherten am Haus- bzw. Facharztprogramm ermittelt.

→ Bitte führen Sie die Teilnahmestatusprüfung jedes Quartal und vor Beantragung der Patientenvertragsteilnahme durch.

Mögliche Rückmeldungen der Teilnahmestatusprüfung:

HZV-Teilnahmestatus		FAV-Teilnahmestatus	
<i>„Patient ist derzeit kein aktiver Vertragsteilnehmer“</i>	<i>„Patient ist bereits aktiver Vertragsteilnehmer“</i>	<i>„Patient ist derzeit kein aktiver Vertragsteilnehmer“</i>	<i>„Patient ist bereits aktiver Vertragsteilnehmer“</i>
			
Keine Einschreibung möglich	Einschreibung ins Facharztprogramm möglich	Einschreibung ins Facharztprogramm möglich, wenn aktiver HZV-Teilnehmer	Abrechnung über Facharztvertrag, Einschreibung nicht notwendig



Versicherten informieren und Merkblatt aushändigen



Teilnahme in der Vertragssoftware beantragen und Teilnahmeerklärung ausdrucken (2 Exemplare)



beide Exemplare unterzeichnen (Arzt und Versicherter)



Teilnahmeerklärung über die Vertragssoftware übermitteln und den aufgedruckten vierstelligen Code eingeben

Tipp: Prüfen Sie den Status der Versichertenteilnahmeerklärung in der Vertragssoftware:
Status „erfolgreich“ zeigt eine erfolgreiche Übermittlung an

Versichertenteilnahmeerklärung AOK

wird über die Software erzeugt und bedruckt

patienten-individueller vierstelliger Code

Code

Unterschriftenfelder

Nur für AOK-FACHARZTPROGRAMM

AOK FACHARZT PROGRAMM

Teilnahmeerklärung für die besondere ambulante ärztliche Versorgung (AOK-Facharztprogramm) gemäß § 73c SGB V a.F./ § 140a SGB V in Verbindung mit der hausarztzentrierten Versorgung (AOK-Hausarztprogramm) gemäß § 73b SGB V

73c K

aus Baden-Württemberg) kann vor Ablauf des Teilnahmejahres eine Kündigung zum nächstmöglichen Quartalsende erfolgen.

- meine im Rahmen des AOK-Facharztprogramms eroberten und gespeicherten Daten auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i.V. mit § 84 SGB X) bei meinem Ausscheiden aus dem AOK-Facharztprogramm gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, jedoch spätestens 10 Jahre nach Teilnahmeende am AOK-Facharztprogramm.
- Im AOK-Facharztprogramm für jeden Versorgungsbereich (z. B. Kardiologie) individuelle Teilnahmevoraussetzungen wie z. B. Mindestalter vorgesehen sein können, die ich in meinem aktuellen Merkblatt mitgeteilt bekomme.

Ich stimme zu, dass

- mein gewählter Hausarzt sowie meine in Anspruch genommenen Ärzte, die am AOK-Facharztprogramm teilnehmen, und andere an meiner Behandlung beteiligte Leistungserbringer, die ich zu Rate ziehe, Auskünfte über meine AOK-Hausarzt- und AOK-Facharztprogramm-Teilnahme, Behandlungsdaten und Therapieempfehlungen austauschen. Hierfür stimme ich die von mir konsultierten Ärzte von ihrer Schweigepflicht. Im Einzelfall kann ich der Datenübermittlung widersprechen bzw. den Umfang bestimmen.
- die AOK und die Managementgesellschaft bzw. ein von ihr bestimmtes Abrechnungszentrum die für die Abrechnungs- und Prüfbelange notwendigen personenbezogenen Daten erheben und verarbeiten. Die einzelnen Schritte der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen des AOK-Facharztprogramms i.V.m. dem AOK-Hausarztprogramm sind im Merkblatt beschrieben.
- Im Datenbestand der AOK und der am AOK-Facharzt- sowie AOK-Hausarztprogramm teilnehmenden Ärzte ein Merkmal gespeichert wird, das erkennen lässt, dass ich am AOK-Hausarzt- und AOK-Facharztprogramm teilnehme.
- die AOK meine Adresse und Telefonnummer ohne weitere persönliche Daten an neutrale Stellen weiterleiten kann, damit diese mich zur persönlichen Lebensqualität und Zufriedenheit in Zusammenhang mit dem AOK-Facharztprogramm befragen können. Die Teilnahme an solchen Befragungen ist freiwillig.
- Ich mit meiner Teilnahme am AOK-Facharztprogramm auch der Teilnahme an zukünftigen und bereits bestehenden fachärztlichen Verträgen gemäß § 73c SGB V in Verbindung mit dem AOK-Hausarztprogramm zustimme, ohne dass ich erneut eine Teilnahmeerklärung unterschreiben muss. Ich werde rechtzeitig über neue Verträge im Rahmen des AOK-Facharztprogramms durch die AOK informiert. Sofern ich nicht mit der Teilnahme an allen Verträgen am AOK-Facharztprogramm insgesamt einverstanden bin, kann ich unter Einhaltung einer Sonderkündigungsfrist (siehe Merkblatt) ab dem Zeitpunkt, zu dem ich über die Vertragsänderung informiert wurde, kündigen. In diesem Fall endet für mich alle Verträge im Rahmen des AOK-Facharztprogramms. Die Teilnahme am AOK-Hausarztprogramm bleibt davon unberührt.

Ich bin mit dem im Merkblatt beschriebenen Inhalt und der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen der Teilnahme an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung (AOK-Facharztprogramm) i.V.m. der hausarztzentrierten Versorgung (AOK-Hausarztprogramm) einschließlich der wissenschaftlichen Begleitung und Weitererhebungsfragen einverstanden. Ich bin darüber informiert, dass ich dann, wenn die Einwilligung in die beschriebene Übermittlung meiner pseudonymisierten, fallbezogenen Behandlungs-, Abrechnungs- und Verordnungsdaten bzw. meiner konsultierten erteilt.

Bitte das heutige Datum eintragen.

Y	M	M	J	J
---	---	---	---	---

<TE-Code>

Unterschrift des Versicherten / gesetzlichen Vertreters / Betreuers

Arztstempel und Unterschrift des Arztes

Nur für AOK-FACHARZTPROGRAMM

AOK FACHARZT PROGRAMM

Teilnahmeerklärung für die besondere ambulante ärztliche Versorgung (AOK-Facharztprogramm) gemäß § 73c SGB V a.F./ § 140a SGB V in Verbindung mit der hausarztzentrierten Versorgung (AOK-Hausarztprogramm) gemäß § 73b SGB V

73c K

aus Baden-Württemberg) kann vor Ablauf des Teilnahmejahres eine Kündigung zum nächstmöglichen Quartalsende erfolgen.

- meine im Rahmen des AOK-Facharztprogramms eroberten und gespeicherten Daten auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i.V. mit § 84 SGB X) bei meinem Ausscheiden aus dem AOK-Facharztprogramm gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, jedoch spätestens 10 Jahre nach Teilnahmeende am AOK-Facharztprogramm.
- Im AOK-Facharztprogramm für jeden Versorgungsbereich (z. B. Kardiologie) individuelle Teilnahmevoraussetzungen wie z. B. Mindestalter vorgesehen sein können, die ich in meinem aktuellen Merkblatt mitgeteilt bekomme.

Ich stimme zu, dass

- mein gewählter Hausarzt sowie meine in Anspruch genommenen Ärzte, die am AOK-Facharztprogramm teilnehmen, und andere an meiner Behandlung beteiligte Leistungserbringer, die ich zu Rate ziehe, Auskünfte über meine AOK-Hausarzt- und AOK-Facharztprogramm-Teilnahme, Behandlungsdaten und Therapieempfehlungen austauschen. Hierfür stimme ich die von mir konsultierten Ärzte von ihrer Schweigepflicht. Im Einzelfall kann ich der Datenübermittlung widersprechen bzw. den Umfang bestimmen.
- die AOK und die Managementgesellschaft bzw. ein von ihr bestimmtes Abrechnungszentrum die für die Abrechnungs- und Prüfbelange notwendigen personenbezogenen Daten erheben und verarbeiten. Die einzelnen Schritte der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen des AOK-Facharztprogramms i.V.m. dem AOK-Hausarztprogramm sind im Merkblatt beschrieben.
- Im Datenbestand der AOK und der am AOK-Facharzt- sowie AOK-Hausarztprogramm teilnehmenden Ärzte ein Merkmal gespeichert wird, das erkennen lässt, dass ich am AOK-Hausarzt- und AOK-Facharztprogramm teilnehme.
- die AOK meine Adresse und Telefonnummer ohne weitere persönliche Daten an neutrale Stellen weiterleiten kann, damit diese mich zur persönlichen Lebensqualität und Zufriedenheit in Zusammenhang mit dem AOK-Facharztprogramm befragen können. Die Teilnahme an solchen Befragungen ist freiwillig.
- Ich mit meiner Teilnahme am AOK-Facharztprogramm auch der Teilnahme an zukünftigen und bereits bestehenden fachärztlichen Verträgen gemäß § 73c SGB V in Verbindung mit dem AOK-Hausarztprogramm zustimme, ohne dass ich erneut eine Teilnahmeerklärung unterschreiben muss. Ich werde rechtzeitig über neue Verträge im Rahmen des AOK-Facharztprogramms durch die AOK informiert. Sofern ich nicht mit der Teilnahme an allen Verträgen am AOK-Facharztprogramm insgesamt einverstanden bin, kann ich unter Einhaltung einer Sonderkündigungsfrist (siehe Merkblatt) ab dem Zeitpunkt, zu dem ich über die Vertragsänderung informiert wurde, kündigen. In diesem Fall endet für mich alle Verträge im Rahmen des AOK-Facharztprogramms. Die Teilnahme am AOK-Hausarztprogramm bleibt davon unberührt.

Ich bin mit dem im Merkblatt beschriebenen Inhalt und der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen der Teilnahme an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung (AOK-Facharztprogramm) i.V.m. der hausarztzentrierten Versorgung (AOK-Hausarztprogramm) einschließlich der wissenschaftlichen Begleitung und Weitererhebungsfragen einverstanden. Ich bin darüber informiert, dass ich dann, wenn die Einwilligung in die beschriebene Übermittlung meiner pseudonymisierten, fallbezogenen Behandlungs-, Abrechnungs- und Verordnungsdaten bzw. meiner konsultierten erteilt.

Bitte das heutige Datum eintragen.

Y	M	M	J	J
---	---	---	---	---

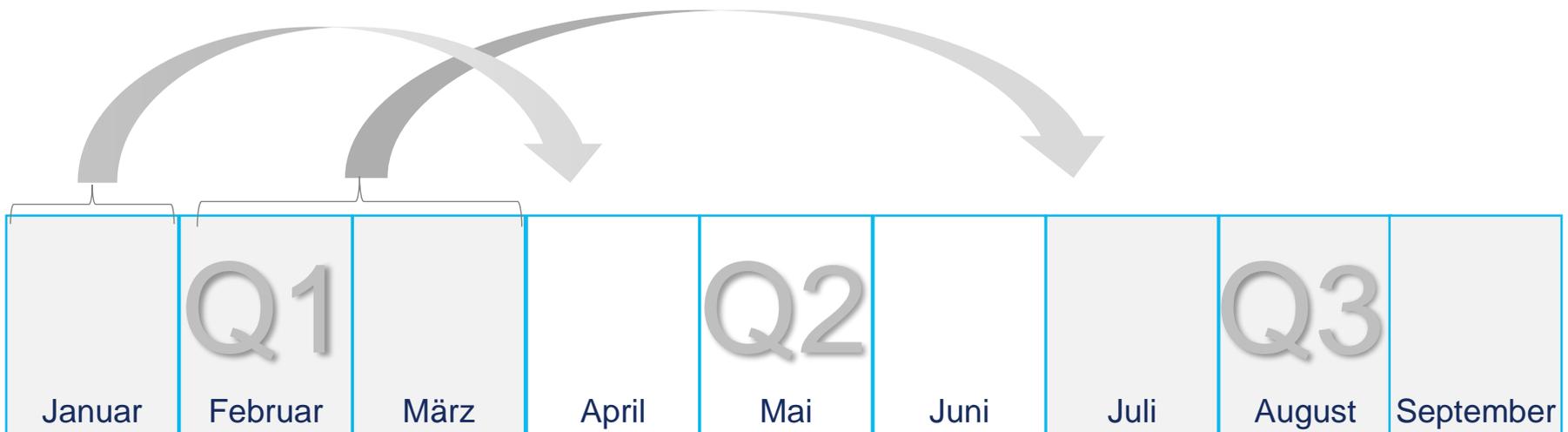
<TE-Code>

Arztstempel und Unterschrift des Arztes

Frist bis zur aktiven Teilnahme

je nach Eingang der elektronischen Teilnahmeerklärung (Stichtage 01.02., 01.05., 01.08., 01.11.) wird der Versicherte zum nächsten oder übernächsten Quartal aktiver Teilnehmer am FacharztProgramm:

- Eingang der TE bis zum Stichtag → im Folgequartal aktiv
- Eingang der TE nach dem Stichtag → im übernächsten Quartal aktiv



Agenda

1. Grundlagen, Ziele und Systematik
2. Teilnahme des Arztes
3. Teilnahme der Versicherten
4. Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)
5. Vergütungs- und Abrechnungssystematik
6. Abrechnungsprozess
7. Internetauftritt

Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)

Die **SANE** ermöglicht die **Abrechnung aller Leistungen des gesamten Quartals über den Facharztvertrag (FAV)**, sobald die Online-Einschreibung erfolgt ist.

Bedingungen:

- Der Versicherte muss aktiv an der HZV teilnehmen
- Der Facharzt/Psychotherapeut ist zur Teilnahme an der SANE berechtigt (einmalige Beantragung i.R. der Teilnahmeerklärung)
- Kann für einen Patienten für das Einschreibequartal und maximal das Folgequartal durchgeführt werden
- Abrechnung entweder komplett über SANE im Facharztvertrag oder wahlweise komplett über KV

Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)

Sind die Voraussetzungen zur SANE erfüllt, können **alle Leistungen des gesamten Quartals** über den Facharztvertrag (FAV) abgerechnet werden sobald die Online-Einschreibung erfolgt ist.

Bsp: **Einschreibung 15.03.**
→ **alle Leistungen in Q1**
können über den FAV
abgerechnet werden

→ **alle Leistungen in Q2**
können über den FAV
abgerechnet werden

→ **aktive Teilnahme in Q3**



SANE in max. 2 aufeinanderfolgenden Quartalen möglich

spätestens nach 2 Quartalen aktive Teilnahme, wenn nicht:
Reduzierung der Vergütung Q1 und Q2 um 15%

Praxisablauf

Online-Teilnahmestatusprüfung

kein aktiver Teilnehmer HZV

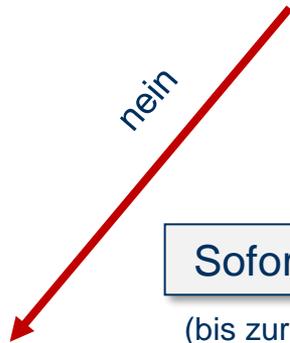
aktiver Teilnehmer HZV

aktiver Teilnehmer FAP

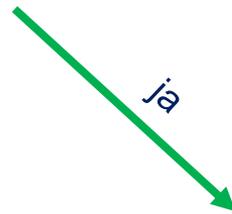


Patient unterzeichnet
Teilnahmeerklärung?

nein



ja



Keine erneute
Einschreibung erforderlich



Sofortabrechnung im Facharztvertrag

(bis zur aktiven Teilnahme optional auch
KV-Abrechnung möglich)



Abrechnung über KV

Abrechnung im Facharztvertrag

Agenda

1. Grundlagen, Ziele und Systematik
2. Teilnahme des Arztes
3. Teilnahme der Versicherten
4. Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)
5. Vergütungs- und Abrechnungssystematik
6. Abrechnungsprozess
7. Internetauftritt

Wichtige Dokumente zur Abrechnung

- **Gesamtziffernkranz** (Anlage 12a Anhang 1)
legt den Leistungsumfang des Vertrags fest
- **ICD-Listen** (Anlage 12a Anhang 2a-c)
Auflistung und Zuordnung der Diagnosen, welche für die Abrechnung bestimmter Leistungen vorliegen müssen
- **Honoraranlage** (Anlage 12a Abschnitt I)
enthält die Abrechnungsziffern, -regeln und Vergütungen

alle Dokumente finden Sie unter:
www.medi-verbund.de

Gesamtziffernkranz (GZK) (Anlage 12a, Anhang1)

- Abgrenzung KV- und Vertragsabrechnung
- **Aufgelistete EBM-Ziffern** aus allen 73c- bzw. 140a-Verträgen sowie HZV: Für teilnehmende Versicherte **nicht über KV abrechenbar**
- Nicht aufgelistete EBM-Ziffern: Für teilnehmende Versicherte weiterhin über KV abrechenbar

EBM-Grunddaten				HZV	Kardiologie	Gastroenterologie	PNP	Orthopädie	Urologie	Rheumatologie
GOP	Beschreibung	Änderungsdatum	Änderungsvermerk	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung
0100	Unvorhergesehene Inanspruchnahme I	01.04.2014	HZV-Abweisung von "Z" auf "T" gesetzt	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch
0101	Unvorhergesehene Inanspruchnahme II	01.04.2014	HZV-Abweisung von "Z" auf "T" gesetzt	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch
0102	Inanspruchnahme an Samstagen	01.04.2015	Bezeichnung Anmerkung spezifiziert	obligatorisch - kein Zielauftrag möglich	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch - kein Zielauftrag möglich	obligatorisch
01321	Grundpauschale II für ermächtigte Ärzte, Institute und Krankenhäuser			§ 73c-Leistung	obligatorisch für ermächtigte Ärzte	obligatorisch für ermächtigte Ärzte	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch
01410	Besuch			obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch
01411	Dringender Besuch I			obligatorisch, Klarstellung: als Einzelleistung Unzeit 1 oder 2 nur zu entsprechenden Zeiten abrechenbar (vgl. 0100).	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch

- Laborleistungen, die im Gesamtziffernkranz (GZK) abgebildet sind, sind in den Pauschalen enthalten und dürfen nicht mehr mittels Laborüberweisung (Muster 10/10A) angefordert werden.
 - die Anforderung erfolgt über ein mit dem Labor geregeltes Verfahren
 - die Verrechnung erfolgt direkt zwischen Arzt und Labor
- Alle anderen Laborleistungen (Speziallaborleistungen) werden weiterhin über Muster 10 beim Labor angefordert und dem Labor von der KV vergütet
- Pseudo-GOP **88192** zur Berechnung des Wirtschaftlichkeitsbonus über die KV abrechnen

ICD-Listen (Anlage 12a Anhang 2a-c)

- Anlage 12a Anhang 2a - **Grunderkrankungen**
- Anlage 12a Anhang 2b - **Multimorbidität und Polypharmazie**
- Anlage 12a Anhang 2c - **Schwangerschaft**

Vertrag vom 22.07.2013 i.d.F. vom 01.01.2018
AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Orthopädie / Rheumatologie

Anhang 2a zu Anlage 12a

Internistische Rheumatologie - Grunderkrankung	
ICD-Kode	ICD-Klartext
D68.6	Sonstige Thrombophilien
D69.0	Purpura anaphylactoides
D86.0	Sarkoidose der Lunge
D86.1	Sarkoidose der Lymphknoten
D86.2	Sarkoidose der Lunge mit Sarkoidose der Lymphknoten
D86.3	Sarkoidose der Haut
D86.8	Sarkoidose an sonstigen und kombinierten Lokalisationen
D86.9	Sarkoidose, nicht näher bezeichnet
D89.8	Sonstige näher bezeichnete Störungen mit Beteiligung des Immunsystems, anderenorts nicht klassifiziert
E95.0	Nichtneuropathische hereditäre Ankylo-

Vertrag vom 22.07.2013 i. d.F. vom 01.01.2018
AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Orthopädie / Rheumatologie

Vertrag vom 22.07.2013 i.d.F. vom 01.01.2018
OK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Orthopädie / Rheumatologie

Anhang 2b zu Anlage 12a

Internistische Rheumatologie - Multimorbidität und Polypharmazie	
CD-Kode	ICD-Klartext
318.0	B18.0 Chronische Virushepatitis B mit Delta-Virus
318.1	B18.1 Chronische Virushepatitis B ohne Delta-Virus
318.2	B18.2 Chronische Virushepatitis C
318.8	B18.8 Sonstige chronische Virushepatitis
318.9	B18.9 Chronische Virushepatitis, nicht näher bezeichnet
C18.0	C18.0 Bösartige Neubildung des nicht näher bezeichneten Kolons: Zäkum
C18.1	C18.1 Bösartige Neubildung des nicht näher bezeichneten Kolons: Appendix vermiformis
C18.2	C18.2 Bösartige Neubildung des nicht näher bezeichneten Kolons: Colon

Anhang 2c zu Anlage 12a

Internistische Rheumatologie - Schwangerschaft	
ICD-Kode	ICD-Klartext
Z34	Überwachung einer normalen Schwangerschaft
Z35.8	Überwachung sonstiger Risikoschwangerschaften
O09.01	Schwangerschaftsdauer: Weniger als 5 vollendete Wochen
O09.11	Schwangerschaftsdauer: 5 bis 13 vollendete Wochen
O09.21	Schwangerschaftsdauer: 14. Woche bis 19 vollendete Wochen
O09.31	Schwangerschaftsdauer: 20. Woche bis 25 vollendete Wochen
O09.41	Schwangerschaftsdauer: 26. Woche bis 33 vollendete Wochen

Honoraranlage (Anlage 12a Abschnitt I)

➤ enthält die Abrechnungsziffern, Regeln und Vergütungen

INTERNISTISCHE RHEUMATOLOGIE			
Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalte	Praxisbezogene-(BSNR) Vergütungsregeln	Betrag
1. Pauschalen			
<p>Veranlasste Leistungen, die über den Versorgungsauftrag gemäß Gesamtziffernkranz (Anhang 1 zu Anlage 12a) in der jeweils geltenden Fassung hinausgehen, sind nicht Gegenstand dieses Vertrages. Als Einzelleistung, Qualitätszuschlag oder Zuschlag in dieser Anlage aufgeführte Verfahren werden gesondert vergütet.</p>			
	<p>Hausarztbene</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Versorgung des Patienten durch den HAUSARZT als ersten Ansprechpartner ▪ Früherkennung / Erstdiagnostik <ul style="list-style-type: none"> - bio-psycho-soziale Anamnese - klinische Untersuchung - ggf. Laboruntersuchungen z. B. CRP, BSG - ggf. apparative Diagnostik (Röntgen- und Schnittbildgebung in der Regel über den FACHARZT) ▪ Symptomatische Therapie ▪ Persönliche bzw. telefonische Erreichbarkeit des RHEUMATOLOGEN ▪ Die zeitnahe Überweisung mit Begleitinformationen v. a. Medikamentenplan, korrekte Diagnoseverschlüsselung nach ICD in der jeweils gültigen Fassung (gesicherte Diagnosen oder Verdachtsdiagnosen) und Vorbefunden (Laborparameter, Bildgebung u. a.) erfolgt vom HAUSARZT zum RHEUMATOLOGEN. ▪ Die weitere multidisziplinäre Versorgung sollte in der Regel nach Wiedervorstellung beim HAUSARZT, in Abstimmung mit dem FACHARZT, nach aktuell bestätigtem Wissensstand erfolgen. 		

Grundpauschalen

oder

Vertretungspauschale

+

Qualitätszuschläge

+

Zuschlagspauschalen

+

Einzelleistungen

Legende

Symbole

-  Fernbehandlung möglich
-  Ausschluss Delegation an nichtärztliche Mitarbeiter
-  nur abrechenbar bei Vorliegen gesicherter Diagnosen gem. ICD-Liste
-  wird bei Vorliegen der Voraussetzungen automatisch erzeugt
-  zur Abrechenbarkeit muss ein entsprechender Nachweis vorliegen

Abrechnungshäufigkeit

x / Q = x mal pro Behandlungsfall abrechenbar (1 Patient, 1 Quartal)

$x / 4Q$ = x mal pro Krankheitsfall abrechenbar (1 Patient, 4 Quartale)

Neudefinition Arzt-Patienten-Kontakt (APK)

Ein APK beschreibt die Interaktion eines Facharztes und/oder eines medizinisch qualifizierten Praxismitarbeiters und dem Patienten und/oder dessen Bezugsperson und beinhaltet einen konkreten Bezug zur fachärztlichen bzw. psychotherapeutischen Versorgung des Patienten

- **Persönlicher** APK: Eine Leistung wird zur gleichen Zeit am gleichen Ort (z.B. in der Praxis) erbracht.
- **Telemedizinischer** APK: Die Leistung wird ausschließlich z.B. via zertifiziertem Videosystem, Telefon, Messenger, also nicht am gleichen Ort und/ oder nicht zur gleichen Zeit erbracht.

FBE Fernbehandlung

1/Q



neue Ziffer „FBE“ dient zur Kennzeichnung, wenn im Quartal ausschließlich telemedizinische Kontakte stattfinden

Grundpauschalen + Zuschläge

RP1 Abklärung rheumatische Erkrankung (**V oder A**) 1/Q  20,00 €

RP2 Gesicherte rheumatologische Diagnose (**G**) 1x pro Arzt-Patienten-Beziehung  30,00 €

RP3 Verlauf / Monitoring bei gesicherter Diagnose (**G**) 1/Q    30,00 €

RP1UE Überweisung vom HZV-Hausarzt 1/Q   10,00* €
additiv zu RP1, RP2 oder RP3

RP1A Aufwandszuschlag auf RP1 1x pro Arzt-Patienten-Beziehung 20,00 €

oder

RV1 Vertretungspauschale Erstkontakt muss persönlich sein 1/Q   12,50 €

*Bosch BKK: 5,00 €

Qualitätszuschläge

Zuschläge auf RP1 oder RP2 oder RP3

+ RQ1 Sonografie	 	1,00 €
+ RQ2 Röntgen	 	3,00 €
+ RQ4 Power-Doppler	 	3,00 €
+ RQ5 Rationale Pharmakotherapie		4,00 €

Zuschläge auf RP2 oder RP3

+ RQ3 Osteodensitometrie (DXA)	 	4,00 €
+ RQ6 EFA®	 	5,00 €

Pharmaquoten

Im Vertrag gibt es 3 unterschiedliche Pharmaquoten (grün-blau-rot), die automatisch von MEDIVERBUND berechnet und bei Erreichen der Quote vergütet werden:



Grün hinterlegt sind: Patentfreie Arzneimittel, für welche die Kasse im Rahmen von Ausschreibungen Rabattverträge nach § 130 a Abs. 8 SGB V abgeschlossen hat.
(Bei Quote $\geq 90\%$ → Vergütungszuschlag = 1,00€)



Blau hinterlegt sind: Patentgeschützte und / oder biotechnologisch hergestellte Arzneimittel, für die Rabattverträge nach § 130 a Abs. 8 SGB V abgeschlossen wurden.
(Bei Quote $\geq 70\%$ → Vergütungszuschlag = 0,50€)



Rot hinterlegt sind: (Arzneimittel, die in der Regel durch qualitative und wirtschaftliche Alternativen unter Beachtung medizinischer Ausschlusskriterien substituiert werden können.
Bei Quote $\leq 3\%$ → Vergütungszuschlag = 2,50€)



Orange hinterlegt sind: Ausgewählte Original-Arzneimittel, die durch wirtschaftliche Alternativen (rabattierte „blau“ gekennzeichnete Original-Arzneimittel) ersetzt werden können.

Zuschlagspauschalen

RBG Beratungsgespräch 1 Einheit = 10 Min.	2/Q	 	20,00 €
RBGI Beratungsgespräch Schwangere 1 Einheit = 10 Min. (Diagnosen: gem. Anlage 12a Anhang 2c)	2/4Q	  	18,00 €
RMM Multimorbidität (≥ 3 Diagnosen: mind. 1 gem. Anhang 2a und 2 gem. Anhang 2b)	1/Q	  	10,00 €
RMTX MTX Frühbehandlung/Verordnungsprüfung	1/Q	 	10,00 €

Einzelleistungen

RE1 Patientenschulung StruPI

(1x pro Arzt-Patienten-Beziehung, max. 3 Einheiten á 90min,
Gruppengröße 6-10 Personen)



25,00 €

RE2A Amb. praxisklinische Betreuung und Nachsorge > 2 Std.

53,00 €

RE2B Amb. praxisklinische Betreuung und Nachsorge > 4 Std.

101,00 €

RE2C Amb. praxisklinische Betreuung und Nachsorge > 6 Std.

148,00 €

➤ **BAG und MVZ**

- kein Zielauftrag, keine Vertreterpauschale innerhalb BAG/MVZ möglich
- keine Überweisung für Leistungen die innerhalb BAG/MVZ erbracht werden können
- RP1 ist innerhalb einer BAG (HBSNR) parallel zu P1 aus einem anderen § 73c-/ § 140a-Vertrag nicht am selben Tag, aber im selben Quartal abrechenbar, wenn jeweils eine eigene Überweisung des HA/FA vorliegt

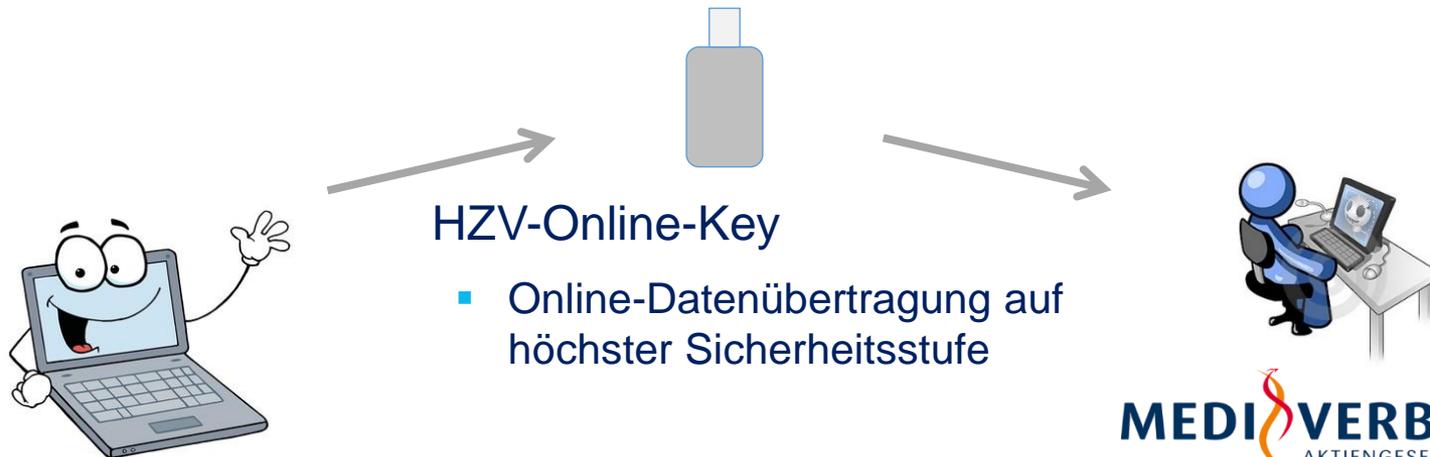
➤ **IGeL**

- Leistungen, die Vertragsbestandteil sind, dürfen **nicht zusätzlich** privat liquidiert werden (z. B. DXA). Darüber hinausgehende Leistungen müssen individuell mit dem Patienten vereinbart werden (IGEL-Vertrag).
- eine möglichst evidenzbasierte Aufklärung des Patienten über Chancen und Risiken solcher Verfahren ist bei teilnehmenden Patienten vorzunehmen

Agenda

1. Grundlagen, Ziele und Systematik
2. Teilnahme des Arztes
3. Teilnahme der Versicherten
4. Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)
5. Vergütungs- und Abrechnungssystematik
6. Abrechnungsprozess
7. Internetauftritt

Datenübermittlung



HZV-Online-Key

- Online-Datenübertragung auf höchster Sicherheitsstufe

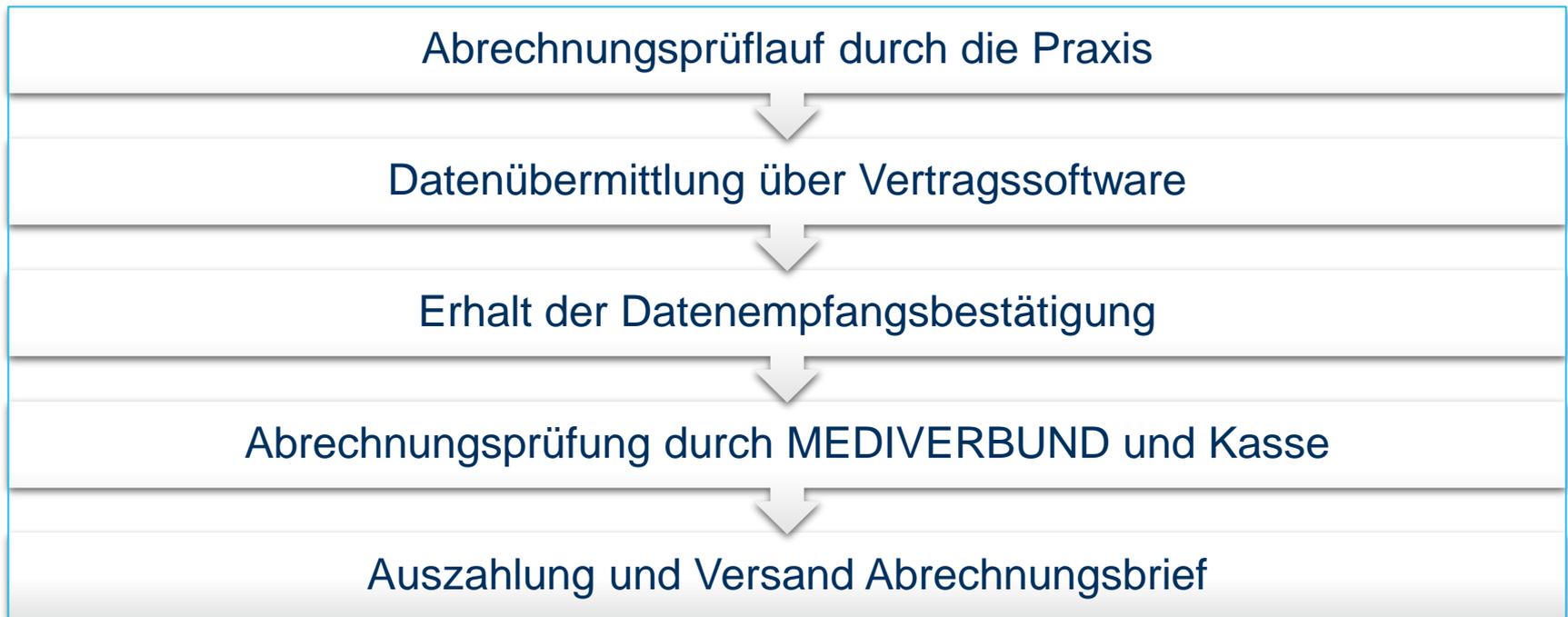
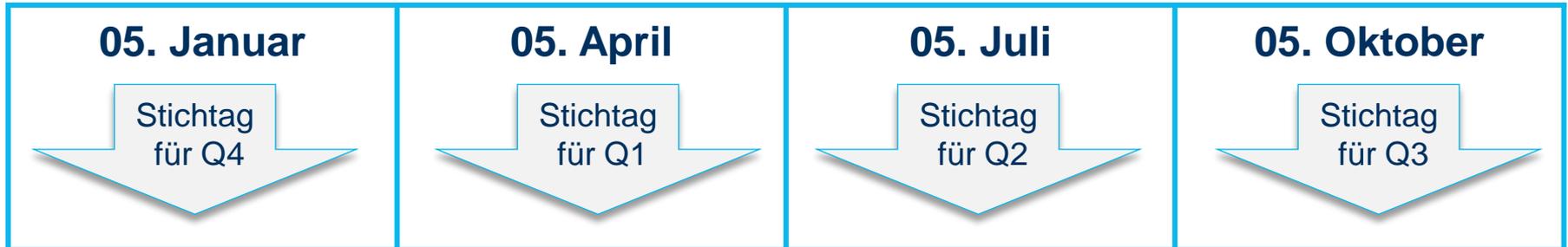
Vertragssoftware (Modul)

- Einschreibung der Versicherten
- Dokumentation und Abrechnung der Vergütungspositionen gemäß Vertrag
- Algorithmus zur Arzneimittelsubstitution (Rabattverträge)
- Bestimmte Plausibilitätsprüfungen
- Verschlüsselung der Daten

Rechenzentrum

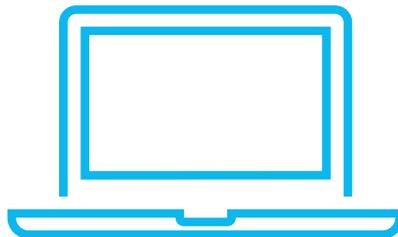
- Verschlüsselte Daten kommen an und werden entschlüsselt

Abrechnungsprozess



Elektronisches Korrekturverfahren

- Abrechnungskorrekturen können bis zu 12 Monate lang nach Ende des Quartals über die Vertragssoftware durchgeführt werden.
- wichtig ist hierbei, dass Sie immer den gesamten Behandlungsfall erneut übermitteln und nicht nur die einzelnen Leistungsziffern, die Sie korrigieren möchten. Der bisherige Datensatz (Leistungen/Diagnosen) wird dann für diesen Behandlungsfall komplett durch die neu übermittelten Daten ersetzt.



- Es gibt bei allen 73c/140a -Verträgen eine Regelwerksprüfung seitens der KV. Aufgrund dieser Prüfung werden Leistungen die sich im GZK befinden und bei 73c/140a Patienten über die KV abgerechnet werden direkt aus der KV Abrechnung gestrichen.
- In diesem Fall können Sie den Behandlungsfall innerhalb von 12 Monaten nach Ende des Leistungsquartals elektronisch über die Vertragssoftware nachabrechnen, damit eine Vergütung der Leistungen stattfinden kann.
- Bitte beachten Sie: In den meisten Fällen wird nicht der gesamte Fall von der KV abgewiesen. Bitte stellen Sie vor einer Nachabrechnung über den Vertrag sicher, dass für diesen Patienten keine Leistungen von der KV vergütet wurden.

Auszahlungsprozess

- Die Auszahlung erfolgt in zwei Schritten:
 - **Abschlagszahlungen** und
 - **Schlusszahlung**
- Die Abschlagszahlungen erfolgen monatlich in Höhe von max. **19,50 €** pro Abrechnungsfall
- Die Berechnung der Abschlagszahlungen erfolgt anhand der Abrechnungsdaten des Vorquartals
- Die Schlusszahlung erfolgt ca. 10 Wochen nach dem Abrechnungstichtag

Kostenübersicht

- **Einschreibepauschale:**
 - einmalig **357 €** pro Vertragsteilnahme (max. 714 € pro HBSNR)

- **Verwaltungskosten auf das Abrechnungshonorar**
 - **3,57 %** für Mitglieder MEDI BW e.V., BDRh e.V, Rheumaexperten BW eG
 - **4,165 %** für Nichtmitglieder

- **Kosten IT:**
 - Je nach Softwareanbieter ca. 60-100 € im Monat

IT-Anschubfinanzierung der Bosch BKK

300,00 €

erhalten Sie auf Beantragung von der Bosch BKK

200,00 €

erhalten Sie automatisch mit der Abrechnung des ersten Bosch BKK Versicherten von der MEDIVERBUND AG erstattet



Bosch BKK
VMA2
KraepstraÙe 19
70469 Stuttgart

Fax Nr. 089 / 51999-2504

Einzureichen nach der Bestätigung Ihrer Vertragsteilnahme durch MEDIVERBUND direkt bei der Bosch BKK

Abrechnung gemäß Vereinbarung zwischen Ihrem Fachärzterverband, MEDIVERBUND und Bosch BKK.

Bitte überweisen Sie die Vergütung für den Aufbau der organisatorischen Strukturen zur Kooperation mit der Patientenbegleitung der Bosch BKK i.H.v. 300,00 € gemäß der zwischen der Bosch BKK und meinem Fachärzterverband geschlossenen Vereinbarung auf mein/unsere nachfolgendes Konto.

Facharztvertrag

Gastroenterologie Kardiologie Orthopädie Pneumologie
 PNP Rheumatologie Urologie

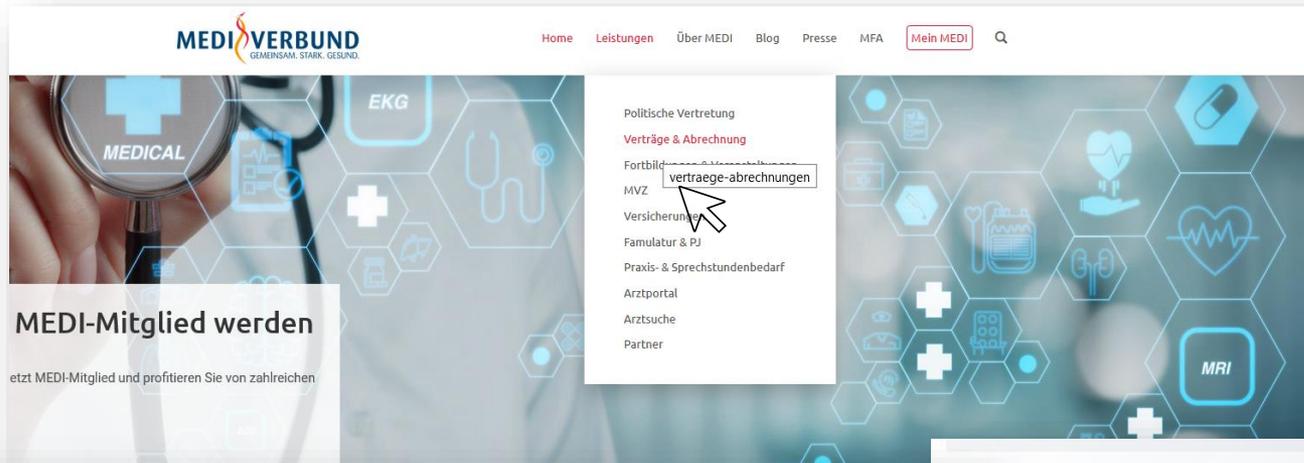
IBAN: _____
Kontoinhaber: _____
BIC: _____
Bank: _____

Datum, Praxistempel und Unterschrift:

Formular zur Beantragung Bosch BKK-Zuschuss:
www.medi-verbund.de → Leistungen →
Verträge&Abrechnung
→ Rheumatologie

Agenda

1. Grundlagen, Ziele und Systematik
2. Teilnahme des Arztes
3. Teilnahme der Versicherten
4. Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)
5. Vergütungs- und Abrechnungssystematik
6. Abrechnungsprozess
7. Internetauftritt



Rheumatologie

[Innenseite Coronavirus](#)
[Zurück zur Übersicht](#)

Teilnahmeerklärung
AOK BW / Bosch BKK
[> Herunterladen](#)

Abrechnungsunterlagen
AOK BW / Bosch BKK
[> Herunterladen](#)

Elektronische Arztvernetzung
AOK BW
[> Mehr erfahren](#)

Allgemeine Informationen und Formulare	✓
Inhalte des Infopakets	✓
Schulungspräsentation und Online-Vertragsschulung	✓

Ansprechpartner

Gabriele Raff
Telefon 0711 80 60 79 - 274

Evangelia Pechlivani
Telefon 0711 80 60 79 - 269

Rheumatologie

AOK BW
[> Mehr](#)

Ansprechpartner bei den Krankenkassen

Die jeweils aktuellen Listen der Ansprechpartner finden sie auf unserer Internetseite

Allgemeine Informationen und Formulare

Inhalte des Infopakets

Schulungspräsentation und Online-Vertragsschulung

Vertragsunterlagen

Anlagen zum Vertrag

Fortbildungen und Qualitätszirkel

Ansprechpartner bei der Krankenkasse



Ansprechpartner bei der Krankenkasse

AOK

AOK-Ansprechpartner vor Ort (Arzt-Partner-Service)

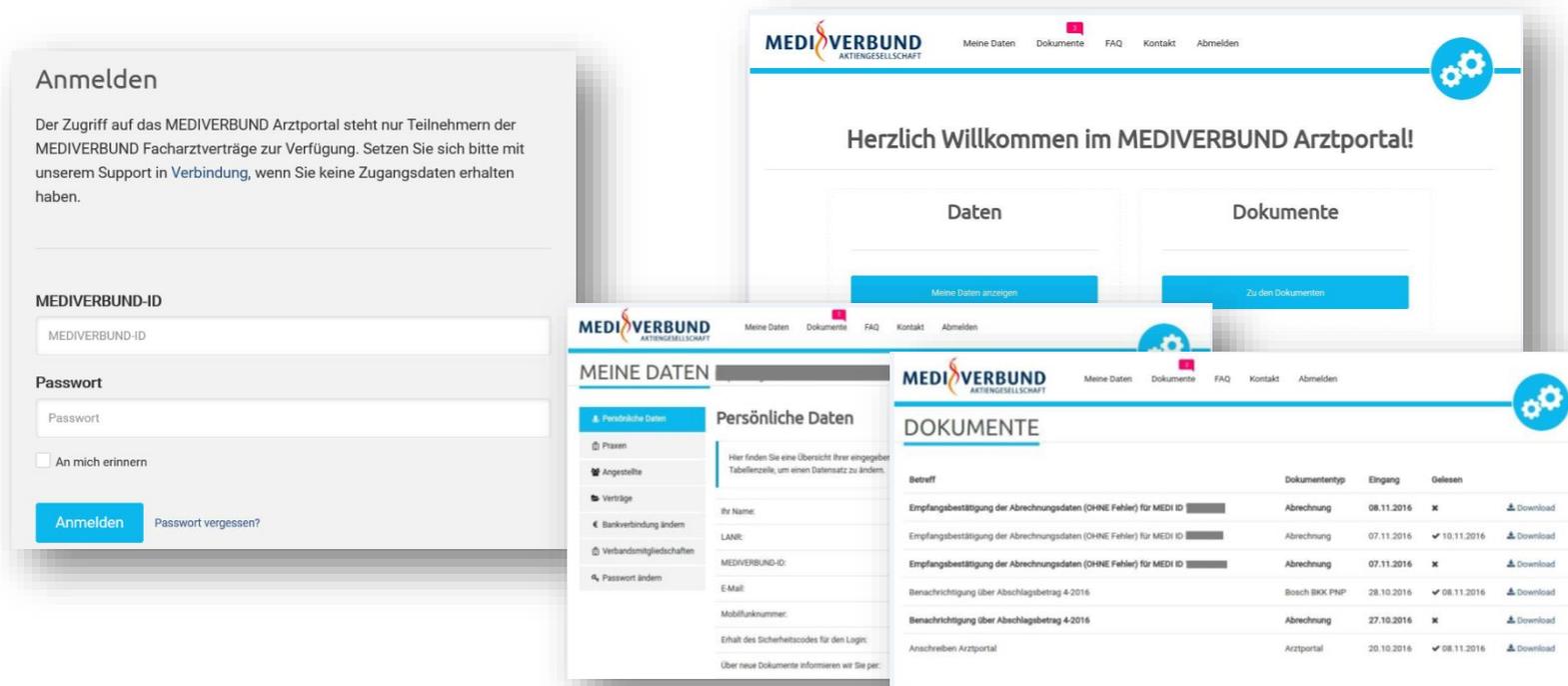
AOK-Ansprechpartner beim Sozialen Dienst

AOK-Ansprechpartner im Präventionsbereich

Bosch BKK

Bosch BKK – Patientenbegleitung

- Hier stehen Ihnen alle Dokumente den Facharztvertrag betreffend (z.B. Abrechnungsnachweis oder Abrechnungsempfangsbestätigung) in digitaler Form zur Verfügung
- Hier können Sie Ihre bei uns hinterlegten, persönlichen Daten einsehen und uns Änderung zeitnah, einfach und komfortabel mitteilen
- Ihre persönlichen Zugangsdaten und alle relevanten Informationen zum MEDIVERBUND Arztportal erhalten Sie mit Ihrem Starterpaket



Umkreissuche nach teilnehmenden Ärzten und Psychotherapeuten



HAUSÄRZTE

- + AOK Baden-Württemberg
- + Bosch BKK
- + BKK Baden-Württemberg

Hausärzte

Bitte wählen sie im Menü Ihre Krankenkasse aus. Anschließend können Sie durch Eingabe Ihrer Postleitzahl oder eines Namens einen am Hausarztvertrag teilnehmenden Hausarzt finden.

FACHÄRZTE

- + AOK Baden-Württemberg
- + Bosch BKK
- + BKK VAG
- + DAK Gesundheit
- + Techniker Krankenkasse

Fachärzte

Bitte wählen Sie im Menü Ihre Krankenkasse und das gewünschte Fachgebiet aus. Anschließend können Sie durch Eingabe Ihrer Postleitzahl, eines Namens oder des gewünschten Leistungsspektrums einen am jeweiligen Facharztvertrag teilnehmenden Arzt oder Psychotherapeut finden.

Bitte beachten Sie, dass hier nur Fachgebiete dargestellt werden, für die es derzeit einen Facharztvertrag mit der entsprechenden Krankenkasse gibt.

HAUSÄRZTE

- AOK Baden-Württemberg
- Hausarztvertrag
- Kinderärzte
- + Bosch BKK
- + BKK Baden-Württemberg

AOK Baden-Württemberg - Hausarztvertrag

Bei der Postleitzahlen-Umkreissuche werden nur existierende Postleitzahlen innerhalb Baden-Württembergs berücksichtigt. Alle anderen Postleitzahlen liefern kein Ergebnis.
Die Angabe des Nachnamens kann ohne oder in Verbindung mit der Postleitzahl angegeben werden. Es werden max. 20 Treffer angezeigt.

Nachname

Geo-Suche (PLZ)

Radius (km)

FACHÄRZTE

- AOK Baden-Württemberg
- Gastroenterologie
- Kardiologie
- Neurologie
- Psychiatrie
- Psychotherapie
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie
- Orthopädie und Unfallchirurgie
- Urologie
- Diabetologie
- Rheumatologie
- + Bosch BKK
- + BKK VAG

Betriebsstätten im Selektivvertrag

AOK Baden-Württemberg - Rheumatologie

Bei der Postleitzahlen-Umkreissuche werden nur existierende Postleitzahlen innerhalb Baden-Württembergs berücksichtigt. Alle anderen Postleitzahlen liefern kein Ergebnis.
Die Angabe des Nachnamens kann ohne oder in Verbindung mit der Postleitzahl angegeben werden. Es werden max. 300 Treffer angezeigt.

Nachname

Postleitzahl

Radius (km)

Leistungen

Suchen



MEDI-Blog

Jeden Montag und Mittwoch neue Themen.

[medi-verbund.de/blog/](https://www.medi-verbund.de/blog/)



MEDI-Newsletter

Verpassen Sie nichts und melden Sie sich an.

[medi-verbund.de/newsletter/](https://www.medi-verbund.de/newsletter/)



Facebook

[facebook.com/mediverbund](https://www.facebook.com/mediverbund)



Twitter

twitter.com/mediverbund



YouTube

Mit bewegten Bildern zu MEDI-Themen werden Sie über unseren YouTube-Kanal versorgt. Abonnieren Sie uns!

[medi-verbund.de/youtube](https://www.medi-verbund.de/youtube)



**Vielen Dank
für Ihre Aufmerksamkeit!**