

An
Alle Teilnehmer des
GWQ-HZV-Vertrages

Edmund-Rumpler Straße 2
51149 Köln

Abteilung: Kundenservice
Telefon: 02203 5756-1111
Telefax: 02203 5756-1110

kundenservice@haevg-rz.de

Datum: 07.02.2019

Aktuelles zur Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) GWQ: Einführung des Telemedizinischen Versorgungsmoduls

Sehr geehrte Hausärztin, sehr geehrter Hausarzt,

gerne informieren wir Sie auf diesem Wege, dass die Telemedizinische Betreuung in den GWQ-HZV-Vertrag aufgenommen wird. Zum Start des **1. Quartals 2019** können Sie als Teilnehmer am GWQ-HZV-Vertrag auch am **Telemedizinischen Versorgungsmodul** teilnehmen.

Ziel ist es, Sie und Ihre immobilen oder chronisch erkrankten Patienten durch telemedizinische Lösungen zu entlasten und so die Versorgung insbesondere in strukturschwachen Regionen zu verbessern. Eine zentrale Rolle spielt dabei die **VERAH®**, welche zusätzlich hinsichtlich der Erbringung von telemedizinischen Leistungen geschult wird. Diese erfasst im Rahmen eines Routinehausbesuches mit mobiler Medizintechnik relevante Vitaldaten Ihrer Patienten sowie bei Bedarf Merkmale zur Wundanalyse, Sturzprophylaxe und dem Gesundheitszustand und sendet diese zu Ihnen in die Praxis. Sie können die medizinischen Daten auswerten, eine Verlaufskontrolle vornehmen und sich bei Bedarf per Videokonferenz in den Hausbesuch einschalten.

Für die Erbringung der Telemedizinischen Leistungen können Sie folgende Vergütungspositionen abrechnen:

Vergütungsübersicht Telemedizinisches Versorgungsmodul	
Hausbesuch durch VERAH® mit telemedizinischer Weiterbildung	20,00 € / max. 4 x pro Quartal
Telemedizinische Betreuung durch den Hausarzt	15,00 € / max. 1 x pro Quartal
Sturzrisikoanalyse	13,00 € / max. 1 x im Kalenderjahr
Gesundheitsfragebogen Depression (PHQ-9)	10,00 € / max. 1 x pro Kalenderjahr; max. 2 x pro Kalenderjahr bei einer psychischen Erkrankung
Wundanalyse	13,00 € / max. 4 x pro Quartal

Bitte beachten Sie, dass Sie für die Teilnahme am **Telemedizinischen Versorgungsmodul** eine zusätzliche **Teilnahmeerklärung** einreichen müssen. Diese finden Sie in Anhang 4 zur Anlage 15 des HZV-Vertrages sowie diesem Fax anhängend. Teilnahmevoraussetzungen sind neben der Beschäftigung einer VERAH® die Anschaffung der Telemedizinischen Ausstattung sowie eine entsprechende Anwendungsschulung der VERAH® durch den Hersteller. Welche Hersteller die



speziellen Anforderungen erfüllen und bereits zugelassen sind, entnehmen Sie bitte Anhang 9 zur Anlage 15 des HZV-Vertrages.

Weiter Informationen sowie die Vertragsunterlagen finden Sie auf der Webseite des Deutschen Hausärzteverband in der Rubrik Verträge.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre HÄVG

Ihre Fragen – Unser HZV-Team: Wir beraten Sie gerne!

Sie haben Fragen oder benötigen eine persönliche Beratung?

Nutzen Sie einen unserer zahlreichen Kontaktkanäle. Wir freuen uns auf Sie.



02203 5756-1210: Beratung zur HZV-Teilnahme und Einschreibung



02203 5756-1111: Beratung zur HZV-Abrechnung (LANR bereithalten)



01805 002425601



info@hzvteam.de



www.hausaerzteverband.de: Alle HZV-Verträge online



www.mein-hausarztprogramm.de: HZV-Informationen für Ihre Patienten



www.facebook.com/HZVTeam: HZV-Informationen für Ihr Praxisteam

Teilnahmeerklärung



Telemedizinisches Versorgungsmodul

HAUSARZT

Per Fax an die Dienstleistungsgesellschaft des
Hausärztesverbandes
derzeit: Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG
(nachfolgend: HÄVG)

01 80 5 - 00 24 25 550

(EUR 0,14/Minute aus dem deutschen Festnetz, Mobilfunk max. EUR 0,42/Minute)

Bitte beachten Sie: Dies gilt nur zusätzlich zu der Teilnahme am Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung gemäß §73 b Abs. 4 Satz 1 mit der GWQ ServicePlus AG

Stammdaten Arzt

HÄVG-ID

LANR

BSNR

Titel

Nachname

Vorname

Ich bin umfassend über die Rechte und Pflichten im Rahmen der Teilnahme am Telemedizinischen Versorgungsmodul (Anlage 15 des HZV-Vertrages) informiert und akzeptiere ausdrücklich sämtliche Vertragsbedingungen, auch soweit sie hier nicht gesondert aufgeführt sind. Hiermit erkläre ich meine Teilnahme am Telemedizinischen Versorgungsmodul.

Mir ist bekannt, dass

- **ich verpflichtet bin, ab dem Zeitpunkt der Abgabe dieser Erklärung eine der in Anhang 9 zu dieser Anlage 15 genannten und für das Telemedizinische Versorgungsmodul zugelassene Telemedizinische Ausstattung zu verwenden.**
- **ich verpflichtet bin, unverzüglich mitzuteilen, wenn ich die für das Telemedizinische Versorgungsmodul erforderlichen Voraussetzungen nicht mehr erfülle, insbesondere, wenn ich die Telemedizinische Ausstattung nicht mehr verwende.**
- soweit keine abweichenden Regelungen in der Anlage 15 nebst Anhängen getroffen wurden, die vertraglichen Regelungen, insbesondere zur Abrechnung des HZV-Vertrages nebst seinen Anlagen auch für das Telemedizinische Versorgungsmodul gelten.

Ich bestätige hiermit, dass eine bei mir angestellte VERAH hinsichtlich der Erbringung telemedizinischer Leistungen geschult wurde und ich somit die Teilnahmevoraussetzung gemäß § 2 Abs. 1 lit. a) der Anlage 15 des HZV-Vertrages erfülle.

Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, Änderungen, welche meine VERAH betreffen, unverzüglich mitzuteilen.

**Unterschrift Vertragsarzt/MVZ (bei MVZ
Unterschrift des gesetzlichen Vertreters
erforderlich)**

Datum (TT.MM.JJJJ)

Stempel der Arztpraxis/MVZ