

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:

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

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](mailto:info@hzvteam.de)**



**[www.hausaerzteverband.de](http://www.hausaerzteverband.de)**: Alle HZV-Verträge online



**[www.mein-hausarztprogramm.de](http://www.mein-hausarztprogramm.de)**: HZV-Informationen für Ihre Patienten



**[www.facebook.com/HZVTeam](https://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**