

● Richtigstellung: Regelung zur Fallzählung der HZV-Fälle für die Vorhaltepauschale

Bitte beachten Sie folgende Korrektur der Information aus dem KV-Telegramm vom 04.12.25 zum Beitrag „[Neue Vorhaltepauschale für Hausarztpraxen ab 2026](#)“:

Im Rahmen der neuen Abrechnung der Vorhaltepauschale ab 01.01.2026 wurde vermehrt die Frage diskutiert, ob und wie die HZV-Fälle bei der Fallzählung berücksichtigt werden.

Für die Fallzählung der Gebührenordnungsposition 03040 EBM sind alle Behandlungsfälle gemäß Nr. 10 der Präambel 3.1 zu berücksichtigen. **Entscheidend ist, ob GKV-Leistungen erbracht wurden!** Wie bisher hängt die Fallzählung der HZV-Fälle somit davon ab, ob weitere GKV-Leistungen außerhalb des HZV-Ziffernkranzes in dem Behandlungsfall über den EBM abgerechnet wurden.

Für die Fallzählung der HZV-Fälle gibt es daher weiterhin zwei Konstellationen:

1. Handelt es sich um HZV-Fälle, in denen keine weiteren Leistungen nach EBM abgerechnet wurden, werden diese Fälle in der Fallzählung nicht berücksichtigt.
2. Werden zusätzlich zur HZV-Kennzeichnung weitere Leistungen (z.B. DMP, EPA-Befüllung oder Beratung Organspende) zu Lasten der GKV abgerechnet, die außerhalb HZV-Ziffernkranz liegen, werden diese Fälle bei der Fallzählung berücksichtigt.

Wir bitten Sie, den Fehler zu entschuldigen.

● Verordnung: Anpassungen Wirkstoffvereinbarung 2026

Die Wirkstoffvereinbarung für 2026 ist mit den Kassen auf Fachebene konsentiert – die Abstimmung der Gremien bei den Kassen steht aber noch aus. Wir erwarten Mitte Januar Rückmeldung und danach veröffentlichen wir die Änderungen voraussichtlich in der 2. Januarhälfte auf unserer Homepage www.kvh.de.

Es gibt einige Änderungen (neue Zielquoten und ggf. Anpassungen von Leitsubstanzen) innerhalb bestimmter Ziele (Antidiabetika, DOAK's, Mittel zur Behandlung von Knochenerkrankungen, MS Therapeutika, und Antiandrogene), aber keine neuen Ziele.

Die Rückmeldung bezüglich der Antibiotika wird ab 2026 über einen Quartalsbericht erfolgen.

Die Trendmeldung für das erste Quartal 2026 ist für Ende Mai geplant. Vorab, Ende Februar, erhalten Sie die Trendmeldung des 4. Quartals 2025 mit den entsprechenden Jahresangaben für 2025 (Gesamtsaldierung).

● Änderungen zur ambulanten Komplexversorgung für Erwachsene mit schweren psychischen Erkrankungen

Am 10.12.2025 sind die aktuellen Änderungen bei der Komplexversorgung für Erwachsene mit schweren psychischen Erkrankungen in Kraft getreten. Die wichtigsten Neuerungen:

- Die Mindestanzahl für die Gründung eines Netzverbundes wurde von zehn auf sechs Ärzt:innen oder Psychotherapeut:innen gesenkt. Auch angestellte Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen können nun als Bezugsärzt:in oder Bezugspsychotherapeut:in tätig sein.
- Wenn kein Krankenhaus für eine Kooperation zur Verfügung steht, kann ein Netzverbund für zwei Jahre genehmigt werden. Für den Antrag reicht jetzt eine schriftliche Erklärung aller Mitglieder, ein formeller Vertrag ist nicht mehr erforderlich. Alle Mitglieder eines Netzverbundes dürfen auch gemeinsam in einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) oder einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) arbeiten.
- Psychologische Psychotherapeut:innen können neuerdings auch dann als Bezugspsychotherapeut:in eingesetzt werden, wenn eine regelmäßige Einbindung eines Facharztes erfolgt. Bei Fallbesprechungen dürfen Netzverbundmitglieder an externen Hilfekonferenzen teilnehmen, und auf Wunsch der Patienten können weitere Personen eingeladen werden.
- Seit dem 1. Januar 2026 entfällt für die Abrechnung die Kennzeichnungspflicht von Komplexversorgungsbesuchen bei Erwachsenen; diese Pflicht gilt künftig nur noch für Kinder und Jugendliche.

Den vollständigen Regelungstext des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) finden Sie hier. Weiterführende Informationen stellt zudem die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) unter dem folgenden [Link](#) bereit.

● Aus-, Fort-, Weiterbildungen Psychotherapie: Ende März läuft Übergangsfrist aus

Zum 1. April 2024 ist die überarbeitete Psychotherapie-Vereinbarung in Kraft getreten. Damit wurden die Voraussetzungen für Genehmigungen zur Ausführung und Abrechnung von psychotherapeutischen Leistungen teilweise neu geregelt und an das aktuelle Weiterbildungrecht und Psychotherapeutengesetz angepasst. Hinzugekommen sind Vorschriften für Fachpsychotherapeut:innen sowie Voraussetzungen für weitere Psychotherapieverfahren („Zweitverfahren“). Für begonnene oder geplante Aus-, Fort- beziehungsweise Weiterbildungen wurde eine Übergangsregelung aufgenommen: Nach dieser kann bis zu zwei Jahren nach Inkrafttreten der Vereinbarung eine Qualifikation nach den alten Vorgaben begonnen werden. Diese Übergangsfrist läuft Ende März 2026 aus.

Weitere Informationen finden Sie im [PraxisInfoSpezial](#) der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zum „Genehmigungsverfahren in der ambulanten Psychotherapie: Hinweise zu fachlichen Anforderungen, Nachweisen, Psychotherapeutischen Qualifikationen und Zweitverfahren“. Link zur aktuell gültigen Psychotherapie-Vereinbarung (01.01.2025): www.kbv.de/infothek/rechtsquellen/bundesmantelvertrag

● Beeinträchtigungen bei der Verbindung zur TI mit SMC-B-Karten des Anbieters medisign GmbH möglich

Seit Jahresbeginn kann es aufgrund der Umstellung der TI-Verschlüsselungsverfahren von RSA auf ECC vereinzelt zu Beeinträchtigungen bei der Verbindung zur Telematikinfrastruktur kommen.

Nach aktuellem Kenntnisstand sind ausschließlich Konstellationen mit SMC-B-Karten des Anbieters medisign GmbH (Generation G2.1) in Kombination mit bestimmten Konnektor- und VPN-Zugangsdienst-Setups beeinträchtigt. Aktuelle Lösungsansätze sind unter dem folgenden [Link](#) auf unserer Webseite zu finden. Einen Leitfaden zur allgemeinen Umstellung von RSA zu ECC finden Sie [hier](#).

Weiterführende Informationen zu diesem Thema erhalten Sie zudem auf der [Homepage der gematik](#).

● TK-Verträge zu U10/U11 und J2 - Verwendung aktueller Teilnahmeformulare für Versicherte

Zum 01.01.2025 wurden neue Teilnahmeformulare für Versicherte in beiden Verträgen verabt. Die TK hat die Vertragspartner erneut darauf hingewiesen, dass vereinzelte Praxen noch immer die alten Teilnahmeverklärungen für Versicherte verwenden. Bitte verwenden Sie ab sofort nur noch die neuen Formulare, da eine Vergütung sonst nicht erfolgen kann.

Woran erkennt man die alten Teilnahmeformulare?

- Die alten Formulare haben die Vertragsnummern 300001 und 300002. Die Nummer befindet auf dem Formular oben rechts neben dem Personalienfeld. Diese alten Formulare dürfen nicht mehr verwendet werden und sind daher zu löschen bzw. zu entsorgen.
- Seit dem 01.01.2025 sind nur noch die neuen Teilnahmeformulare mit den Vertragsnummern 500083 und 500084 gültig. Diese finden Sie unter folgendem Link:

[U10/U11-Vertrag mit der TK](#)

[J2-Vertrag mit der TK](#)

Ansprechpartner: Mitgliederservice, Tel: 22802-802

● DMP-Kennzeichen auf der eGK

Alle Hamburger Krankenkassen befüllen das DMP-Kennzeichen auf der elektronischen Gesundheitskarte (eGK). Hierdurch haben die am DMP teilnehmenden Ärzt:innen die Möglichkeit, eine tagesaktuelle Information zu erhalten. In folgender Tabelle finden Sie eine Übersicht der Schlüssel:

Code	Bezeichnung
00	nicht gesetzt
01	Diabetes mellitus Typ 2

02	Brustkrebs
03	KHK
04	Diabetes mellitus Typ 1
05	Asthma bronchiale
06	COPD
07	Chronische Herzinsuffizienz*
08	Depression*
09	Rückenschmerz*
10	Rheumatoide Arthritis*
11	Osteoporose
12	Adipositas*

* keine DMP-Vereinbarung in Hamburg umgesetzt

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kostenträgererkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Derzeit kann nur die Teilnahme an einem DMP auf der eGK angegeben werden, auch wenn der Versicherte in mehreren DMP eingeschrieben sein kann. Das DMP-Kennzeichen wird an vierter und fünfter Stelle des Status-Feldes angezeigt. Durch das Einlesen der eGK werden die Daten über das Versichertenstammdatenmanagement (VSDM) mit den Informationen der Krankenkasse abgeglichen. Um eine tagesaktuelle Information über den DMP-Status des Versicherten zu erhalten, wird daher der Abgleich der Daten bei jedem Arzt-Patienten-Kontakt im Quartal empfohlen.

Für Fragen zu allen KV-Themen – auch zu den in diesem Telegramm genannten:
Mitgliederservice der KV Hamburg: Telefon 22 802-802, Fax 22802-885
mitgliederservice@kvhh.de

Melden Sie sich jetzt für das mobilfähige eTelegramm an!

