

Monatliches Mitteilungsorgan der KVN
mit Berichten aus der Selbstverwaltung
und aktuellen Hinweisen zur Praxisführung

KVNachrichten

Das Rundschreiben der Kassenärztlichen
Vereinigung Niedersachsen

06/2026



Editorial. Gesundheitspolitische Lage bleibt weiter schwierig. - Seite 4

Zahlreiche Gesetze im deutschen Gesundheitswesen. In der Pipeline. - Seite 5

Labor kompakt. Borreliose-Diagnostik. - Seite 9

Inhalt – KVNachrichten 06/2026



Editorial



Nachrichten

Zahlreiche Gesetze im deutschen Gesundheitswesen in der Pipeline	5
Warnung vor Cyberangriffen: Praxen sollen aufmerksam sein	8
KVN-Barometer 2026: Nehmen Sie bitte teil!	9
Wirtschaftsweise sehen Pharmaindustrie und Krankenhäuser als Kostentreiber	9
Labor kompakt	10
Pflanzen in Praxisräumen	11
Beratungsangebot: Praxisverwaltungssysteme & digitale Tools – Ihr Wegweiser für Gründung, Wechsel und Zukunftssicherheit	11



ATIS informiert

Pregabalin: Ist eine Verordnung außerhalb der zugelassenen Indikationen vertretbar? .	13
---	----



Abrechnung

Abgabetermin Quartalsabrechnung 2/2026	15
1-Click-Abrechnung über KIM und Vorhaltepauschale: Separate Meldung Kriterien Nr. 9 und Nr. 10 notwendig.	16
Mitteilung der fachgruppenschnittlichen Obergrenze für Kontrastmittel für das Quartal 3/2026	16
Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM Teil B Nr. 16.1 und 16.2 für das 3. Quartal 2026 - Fachgruppenschnittswerte für Laborindividualbudgets.	17
Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM für das 3. Quartal 2026 für alle dem RLV unterliegenden Arztgruppen des fachärztlichen Versorgungsbereichs	17
Begrenzung des genetischen Labors (Leistungen der Abschnitte 11.4 und 19.4 EBM, falls kassenseitig nicht extrabudgetär vergütet)	17
Außerklinische Intensivpflege: Folgeverordnung im Rahmen einer Videosprechstunde .	18
Hybrid-DRG: Befristete Zuschläge für Eingriffe bei Kindern in den EBM aufgenommen .	18



Verordnung

Sprechstundenbedarf - Importmöglichkeit von Mydriaticum Stulln Augentropfen (Wirkstoff Tropicamid) bis 30. Juni 2026 verlängert.	20
Sprechstundenbedarf - Import von Xylocain Gel 2% bis zum 1. Juni 2026 verlängert ...	20
Import von fluoresceinhaltigen Augentropfen (Thilorbin®) bis zum 31. Dezember 2026 gestattet.	20
Andembry® (Garadacimab) als Praxisbesonderheit anerkannt	20



Allgemeine Hinweise

Gesetzliche Unfallversicherung: Gebührenordnung und Leistungen zum 1. Juli 2026 umfassend überarbeitet	22
BKK-Schwangerenversorgung „Hallo Baby“: Beitritt der BMW BKK zum 1. Juli 2026.	22
Weitere DMP-Schulungen Im Videoformat möglich	23
Informationen zu DEMIS für niedergelassene ärztlich Tätige	24
Seminarangebot der KVN	24
Kooperationsanfragen an Mitglieder.	24



Amtliches

Ausschreibungen für Nachfolgezulassungen in gesperrten Planungsbereichen	25
--	----

 **Editorial**

Liebe Mitglieder,

die gesundheitspolitische Lage bleibt weiter schwierig – gelinde ausgedrückt. Vor allem das GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz setzt den Rotstift an, wogegen die Kassenärztlichen Vereinigungen, die ärztlichen und psychotherapeutischen Verbände sowie zahlreiche andere Player im Gesundheitswesen mit guten Argumenten protestiert haben und weiter protestieren. Nur eine unserer Forderungen: Der Staat muss versicherungsfremde Leistungen übernehmen und darf sie nicht den Beitragszahlenden aufbürden. Bundesgesundheitsministerin Nina Warzen ging auf dem kürzlich in Hannover durchgeführten Deutschen Ärztetag jedoch keinen Schritt auf die Ärztevertreterinnen und -vertreter zu und wird Ihren Sparkurs mit den geplanten Honorarbegrenzungen vor der 1. Lesung am 11. Juni im Deutschen Bundestag wohl nicht mehr antasten.

Die von der Politik avisierte Beitragssatzstabilität darf jedoch nicht einseitig zulasten der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten sowie den Beschäftigten in den Praxen gehen. Denn schon heute stoßen viele Praxen an ihre Belastungsgrenzen. Steigende Kosten, gedeckelte Vergütungen und wachsende gesetzliche Anforderungen mit immer mehr Bürokratie führen dazu, dass zusätzliche Aufgaben zunehmend nicht mehr erfüllt werden können. Kommt das GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz in dieser Form, werden Sie mit Ihren Praxen noch stärker an die Grenzen ihrer personellen, finanziellen und organisatorischen Leistungsfähigkeit geraten. Und natürlich wird es auch zum Nachteil der Patientinnen und Patienten sein, wenn Sie gezwungen sind, sich noch mehr auf ihre unmittelbaren Kernaufgaben zu konzentrieren. Politische Wünsche oder Patientenbedürfnisse, die über das zwingend Notwendige hinausgehen, lassen sich unter den gegebenen Rahmenbedingungen jedenfalls nicht mehr wirtschaftlich umsetzen.

Mit einer Umfrage haben wir in den letzten Tagen Ihre persönliche Meinung zur Situation in Ihren Praxen eingeholt. Vielen Dank an alle, die mitgemacht haben. Die Ergebnisse finden Sie in diesen KVNachrichten. Wir werden Ihre Rückmeldungen aus der Praxis und der täglichen Arbeit in die weitere politische Diskussion einbringen und so den Druck auf die Abgeordneten des Deutschen Bundestages aufrechterhalten.

Ihre

Mark Barjenbruch, Vorstandsvorsitzender der KVN

Thorsten Schmidt, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der KVN

Nicole Löh, Vorständin der KVN



 **Nachrichten**

Zahlreiche Gesetze im deutschen Gesundheitswesen in der Pipeline

Bundesgesundheitsministerin Nina Warken muss sparen. Daher hat sie zahlreiche Gesetze auf den Weg gebracht. Hier ein Überblick über die aktuellen Gesetzgebungsverfahren.

Gesetz zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung

Der Gesetzentwurf zum GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz (BStabG) der Bundesregierung hat für erhebliche Diskussionen gesorgt. Die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (KVN) sieht eine Schieflage zu Lasten der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Die geplanten Maßnahmen bedeuteten neue Belastungen für die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. „Hier hat es leider keine Bewegungen gegeben, obwohl wir die Politik vor der Umsetzung der Gesetzespläne gewarnt haben“, kritisierte Mark Barjenbruch, Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN).

Besonders bemängelte Barjenbruch, dass der Staat nicht die vollen Kosten von rund zwölf Milliarden Euro für die Krankenversicherung der Bürgergeld-Empfänger übernimmt. „Das ist eine staatliche Aufgabe. Von den zwölf Milliarden, die er eigentlich finanzieren müsste, bezahlt er jetzt 250 Millionen - ein Tropfen auf den heißen Stein“, so der KVN-Vorstandsvorsitzende.

„Viel schlimmer ist allerdings der Taschenspielertrick der Bundesregierung. Auf der einen Seite werden die Kassen um 250 Millionen Euro aus Steuergeldern entlastet, auf der anderen Seite kürzt der Staat den Bundeszuschuss zur gesetzlichen Krankenversicherung um zwei Milliarden Euro. Wer soll so etwas verstehen“, sagte Barjenbruch. Die Umschichtungen in der Finanzierung sei ein reiner Verschiebebahnhof zulasten der Beitragszahler“, kritisierte der KVN-Vorstandsvorsitzende.

Der Gesetzentwurf orientiert sich an den 66 Empfehlungen der Finanzkommission Gesundheit (FKG). Die in den vergangenen Jahren überdurchschnittlich gestiegenen Ausgaben dürfen künftig in den einzelnen Leistungsbereichen nicht stärker steigen als die beitragspflichtigen Einkommen der Versicherten, die sogenannte Grundlohnrate.

Der weitere Fahrplan:

- 1. Lesung Bundestag: 11 Juni 2026
- 1. Durchgang Bundesrat: 12. Juni 2026
- 2./3. Lesung Bundestag: 26./27. Juni 2026
- 2. Durchgang Bundesrat: 10. Juli 2026
- Inkrafttreten: nach der Verkündung, weitere Teile am 1. Januar 2027 und am 1. Januar 2028

Gesetz zur Reform der Notfallversorgung

Das Bundeskabinett hat am 22. April den Gesetzentwurf für die Reform der Notfallversorgung gebilligt. Ärztlicher Bereitschaftsdienst, Krankenhäuser und Rettungsdienst sollen künftig eng zusammenarbeiten, um Patienten in die passende Versorgung zu steuern.

Es ist der inzwischen dritte Reformanlauf. In den vergangenen beiden Legislaturperioden konnten die Gesetzespläne aus unterschiedlichen Gründen nicht fortgesetzt werden. Das Kernanliegen bleibt aber das gleiche. Die Bundesregierung will die Steuerung von Patientinnen und Pa-

tienten in Akut- und Notfällen grundlegend reformieren. Ziel ist eine effizientere, besser vernetzte und kostengünstigere Notfallversorgung. Der Gesetzentwurf greift dabei auch auf wesentliche Punkte der Entwürfe aus den vergangenen beiden Legislaturperioden zurück. Flächendeckend sollen Integrierte Notfallzentren (INZ) etabliert und die vertragsärztliche Akutversorgung ausgebaut werden, um Patientinnen und Patienten in die jeweils passende Versorgungsebene zu leiten.

Die bundesweite Rufnummer 116117 der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) soll eine Terminservice- und eine Akutleitstelle vereinen. Sie entscheidet über die Dringlichkeit und stimmt bei Bedarf die Versorgung mit der Rettungsleitstelle ab. Zur Erstversorgung kann die 116117-Leitstelle den aufsuchenden Bereitschaftsdienst oder den Telemedizin-Dienst aktivieren. Die Rettungsdienst-Notfallnummer 112 bleibt bestehen und wird in das Notfallnetz eingebunden.

Die Integrierten Notfallzentren (INZ) in Krankenhäusern umfassen demnach die Notaufnahme eines Krankenhauses, eine Notdienstpraxis der KV und eine zentrale Ersteinschätzungsstelle. Die Errichtung solcher Zentren soll nach bundeseinheitlichen Rahmenvorgaben auf Landesebene erfolgen. Nicht alle Krankenhäuser müssen ein INZ einrichten, sie können auch weiter eine ambulante Notfallversorgung durchführen.

Die KVN hat den Kabinettsentwurf zur geplanten Notfallreform scharf kritisiert. Der Entwurf sei unausgereift und drohe, neue Parallelstrukturen zu schaffen, ohne die bestehenden Probleme der Notfallversorgung durch echte Patientensteuerung grundsätzlich zu lösen. Besonders der vorgesehene 24-Stunden-Fahrdienst für Hausbesuche und eine telemedizinische Erstversorgung rund um die Uhr unter der Telefonnummer 116117 stoßen in Niedersachsen auf deutliche Ablehnung. Bislang war so etwas nur außerhalb der Sprechstundenzeiten der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte vorgeschrieben.

„Angesichts des Fachkräftemangels sind ein rund um die Uhr besetzter Fahrdienst in der Fläche und die telemedizinische Beratung nicht realisierbar“, sagte der stellvertretende Vorstandsvorsitzende der KVN, Thorsten Schmidt. „Uns stehen weder unbegrenzt Ärztinnen und Ärzte noch unbegrenzte Zeit zur Verfügung. Wer so etwas plant, ignoriert die Realität. Die Ärztinnen und Ärzte werden in ihren Praxen gebraucht“, so der KVN-Vize.

Mark Barjenbruch, der KVN-Vorstandsvorsitzende weiter: „Einerseits will das Bundesgesundheitsministerium dem ambulanten Bereich in seinem sogenannten GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz fast drei Milliarden Euro wegnehmen, andererseits bläht es in seiner Kabinettsvorlage einer Notfallreform das Leistungsversprechen in unzumutbarer Art und Weise auf. Dies ist ein Widerspruch in sich.“

Der weitere Fahrplan:

- 1. Durchgang Bundesrat: 12. Juni 2026
- 1. Lesung Bundestag: 10. Juli 2026
- Anhörung im Bundestag: N.N.
- 2./3. Lesung Bundestag: 25. September 2026
- 2. Durchgang Bundesrat: 16. Oktober 2026

Gesetz zur Weiterentwicklung der Apothekenversorgung

Das Apothekenversorgung-Weiterentwicklungsgesetz (ApoVWG) wurde am 22. Mai in zweiter und dritter Lesung im Bundestag beraten. Letzte Änderungsanträge für den Gesundheitsausschuss im Vorfeld haben in Teilen zu erheblicher Kritik seitens der Kassenärztlichen Vereinigungen, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Berufsverbänden geführt.

Tenor der Kritik: Den Apothekern werden originär ärztliche Aufgaben übertragen, obwohl sie dafür nicht qualifiziert sind. Ärztliche Diagnostik, Indikationsstellung und Therapie sind keine Bausteine, die nach Belieben in andere Hände gegeben werden dürfen. Der Gesetzgeber hat ihren die Patientensicherheit gefährdenden Kurs noch einmal beschleunigt. Gleichzeitig beschert sie den Praxen noch mehr Arbeit. Beispielsweise sollen noch zu definierende Testungen auf Erreger in Apotheken zukünftig als ‚apothekenüblich‘ aufgeführt werden. Es droht eine Leistungsausweitung durch nicht evidenzbasiertes, anlassloses Testen.

Zudem sollen in Apotheken auch Blutentnahmen möglich sein - unter Beaufsichtigung sollen sogar Pharmaziepraktikanten Blut entnehmen dürfen.

Der weitere Fahrplan:

- 2. Durchgang Bundesrat am 10. Juli 2026
- Inkrafttreten: am Tag nach der Verkündung

Gesetz für Daten und digitale Innovation im Gesundheitswesen

Mit dem Gesetz für Daten und digitale Innovation im Gesundheitswesen (GeDIG) will das Bundesgesundheitsministerium für Versicherte den digitalen Weg in die ambulante Versorgung regeln.

Mit deutlichen Worten kritisiert KBV-Vorstandsmitglied Dr. Sibylle Steiner die Schwachstellen des geplanten Gesundheits-Digitalgesetzes der Bundesregierung. Erweiterte Zugriffsrechte der Krankenkassen auf Daten aus elektronischen Patientenakten seien völlig inakzeptabel und hätten keinen nachgewiesenen Nutzen. Gleichwohl enthalte der Referentenentwurf unter anderem mit der Verbesserung der Betriebsstabilität der Telematikinfrastruktur auch positive Aspekte.

Der Referentenentwurf habe sowohl Licht als auch Schatten, sagte Steiner. Zu den Schattenseiten gehörten in erster Linie die erweiterten Möglichkeiten der Krankenkassen, Daten aus der elektronischen Patientenakte (ePA) auszuwerten, um die Versicherten anzusprechen. „Das sind letztendlich Screening-Maßnahmen durch die Krankenkassen ohne nachgewiesenen Nutzen. Sie führen zu einer Verunsicherung von Patientinnen und Patienten, auch zu Fehlversorgung“, kritisierte Steiner.

Wenn Daten aus der ePA künftig durch Dritte ausgewertet werden könnten, konterkariere und schädige dies das vertrauensvolle Verhältnis zwischen Patient und Arzt oder Psychotherapeut. Das schwäche im Übrigen auch die Akzeptanz der ePA auf Seiten der Versicherten, gab das KBV-Vorstandsmitglied zu bedenken.

Versicherte sollen künftig im Zuge des geplanten Primärversorgungssystems über ihre elektronische Patientenakte (ePA) Zugang zu einem Ersteinschätzungsverfahren erhalten und dort bei Bedarf zu einer digitalen Terminbuchung weitergeleitet werden. Die ePA soll zentraler, digitaler Baustein der Versorgung werden. Das neue Verfahren soll über die TerminServicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen geregelt werden. Private Anbieter für digitale Terminvermittlung sollen den Terminbuchungsprozess dabei nicht kommerziell ausnutzen können, aber auch nicht „diskriminiert“ werden.

Laut Referentenentwurf sollen elektronische Überweisungen künftig zum Standard und noch in dieser Legislaturperiode eingeführt werden. Vertragsärzte sollen ab dem 1. September 2029 verpflichtet werden, elektronische Überweisungen auszustellen und abzurufen.

Der weitere Fahrplan:

- Verabschiedung Kabinettsentwurf: Juni 2026
- 1. Durchgang Bundesrat: N.N.
- 1. Lesung Bundestag: N.N.
- Anhörung im Bundestag: N.N.
- 2./3. Lesung Bundestag: N.N.
- Durchgang Bundesrat: N.N.
- Inkrafttreten: N.N.

Gesetz zur Stärkung von Medizinregistern und zur Verbesserung der Medizinregisterdatennutzung

Schon zu Ampelzeiten hatte der damalige Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach (SPD) einen Entwurf für ein Medizinregistergesetz vorgelegt. Amtsnachfolgerin Nina Warken hat jetzt einen neuen Versuch gestartet, die Nutzung von Daten aus medizinischen Registern zu erleichtern.

Ziel des geplanten Medizinregistergesetzes ist es, die Datengrundlage für Forschung, Krankheitsbehandlung und Patientensicherheit zu verbessern. Die Erleichterungen bei der Datenverarbeitung sollten an einen freiwilligen Qualifizierungsprozess geknüpft werden, bei dem Datenschutz und Datensicherheit überprüft werden. „Insbesondere die Verknüpfung personenbezogener Daten aus mehreren Medizinregistern beziehungsweise weiteren Datenquellen ist von essentieller Bedeutung für die Beantwortung vieler Forschungs- und Qualitätssicherungsfragen“, argumentiert das Bundesgesundheitsministerium.

Das deutsche Medizinregistergesetz (MRG) soll Gesundheitsdaten strukturieren und für die Forschung nutzbar machen. Kritiker bemängeln jedoch die unklare Finanzierung, massive bürokratische Hürden und unzureichende Datenschutzstandards.

Der weitere Fahrplan:

- 1. Lesung Bundestag: 21. Mai 2026
- Anhörung im Bundestag: N.N.
- 2./3. Lesung Bundestag: N.N.
- 2. Durchgang Bundesrat: N.N.
- Inkrafttreten: am Tag nach der Verkündung

Warnung vor Cyberangriffen: Praxen sollen aufmerksam sein

Die jüngsten Cyberangriffe auf Organisationen und Dienstleister im Gesundheitswesen verdeutlichen die zunehmende Bedrohungslage für die digitale Infrastruktur im Gesundheitswesen.

Die Vorfälle bei der Arbeitsgemeinschaft Wirtschaftlichkeitsprüfung Niedersachsen (ARWINI) sowie beim Abrechnungsdienstleister Unimed zeigen, dass nicht nur Praxen selbst, sondern auch externe Dienstleister Ziel von Cyberangriffen werden können.

ARWINI wird von der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN) sowie den Landesverbänden der Krankenkassen getragen und ist für die Durchführung von Wirtschaftlichkeitsprüfungen in der vertragsärztlichen Versorgung verantwortlich. Nach aktuellen Informationen wurden im Zuge eines Cyberangriffs die Systeme vorsorglich abgeschaltet. Es wird geprüft, ob sensible Daten, darunter Kontakt-, Gesundheits- oder Abrechnungsdaten betroffen sein könnten. Unimed unterstützt als externer Dienstleister zahlreiche Kliniken im Gesundheitswesen bei administrativen Aufgaben, darunter unter anderem die Rechnungsstellung. Die jüngsten Vorfälle verdeutlichen, dass Cyberangriffe nicht ausschließlich Praxen oder medizinische Einrichtungen betreffen, sondern ebenso Unternehmen und Dienstleister, die an der Verarbeitung sensibler Gesundheitsdaten beteiligt sind.

Die aktuellen Entwicklungen sollten Praxen zum Anlass nehmen, bestehende Sicherheitsmaßnahmen zu überprüfen und Mitarbeitende erneut für digitale Risiken zu sensibilisieren. Unsere Empfehlungen für Arzt- und Psychotherapiepraxen:

1. Sensibilisieren Sie Mitarbeitende regelmäßig für Phishing-Mails.
2. Öffnen Sie keine verdächtigen Anhänge oder Links unbekannter Absender.
3. Geben Sie sensible Praxis-, Patienten- oder Zugangsdaten niemals telefonisch oder per E-Mail weiter.
4. Überprüfen Sie regelmäßig Ihre IT-Sicherheitsmaßnahmen, Backup-Konzepte und Zugriffsrechte.
5. Aktualisieren Sie konsequent Ihre Passwörter.
6. Nutzen Sie sichere Authentifizierungsverfahren und kontrollieren Sie Zugriffsberechtigungen
7. Achten Sie bei ungewöhnlichen Kontaktaufnahmen auf mögliche Betrugsversuche.

IT-Sicherheit ist heute ein zentraler Bestandteil moderner Praxisorganisation und entscheidend

für den Schutz sensibler Patientendaten sowie die Aufrechterhaltung eines sicheren Praxisbetriebs.

KVN-Barometer 2026: Nehmen Sie bitte teil!

Ihre Meinung zu den Dienstleistungen der KVN ist wichtig

Im Jahr 2013 hat die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (KVN) erstmals eine Befragung zum Image, zur Bekanntheit und zur Relevanz ihrer Dienstleistungen beim IFAK Institut in Auftrag gegeben. Es folgten vier weitere repräsentative Befragungen. Die Ergebnisse der Umfragen waren stets der Grundstein für organisatorische und inhaltliche Änderungen in den Beratungs- und Dienstleistungssektoren der KVN.

Am 1. Juni ist die KVN-Barometer-Befragung 2026 gestartet. Den persönlichen Link zur Befragung haben alle KVN-Mitglieder in der ersten Juni-Woche per E-Mail von der KVN erhalten.

Warum brauchen wir Ihre Meinung? Die Entscheidungen, welche Richtungen die KVN zukünftig einschlägt, sind so wichtig und grundsätzlich, dass wir sie gemeinsam treffen wollen. Daher haben wir die „KVN-Barometer-Befragung“ gestartet, die online stattfindet.

Die Befragung endet am 28. Juni 2026

Die Teilnahme ist selbstverständlich freiwillig. Aber natürlich freuen wir uns, wenn Sie dabei sind. Jede einzelne Rückmeldung verbessert die Zuverlässigkeit der Ergebnisse.

Sie können die rund 30-minütige Befragung jederzeit unterbrechen und später weiterführen. Zur Beantwortung der Fragen sollten Sie kein Smartphone nutzen. Tablets, Notebooks/Laptops oder Desktop-PC sind komfortabler.

Ihre Angaben bleiben selbstverständlich anonym. Aus den ausgewiesenen Ergebnissen können keinerlei Rückschlüsse auf Ihre Person gezogen werden. IFAK ist unabhängig tätig und gewährleistet die Datensicherheit. IFAK wird unter den Teilnehmern als Dankeschön zwei iPad verlosen. Wir freuen uns auf Ihre Meinung und bedanken uns für Ihre Unterstützung.

Wirtschaftsweise sehen Pharmaindustrie und Krankenhäuser als Kostentreiber

KVN-Chef Barjenbruch: „Die Wirtschaftswesen haben erkannt, dass der ambulante Sektor noch ausgebaut werden muss.“

Weniger Geld für Krankenhäuser und Pharmakonzerne: Die Wirtschaftswesen fordern in ihrer aktuellen Konjunkturprognose für die deutsche Wirtschaft dringend Reformen und Sparmaßnahmen im Sozialbereich. Unterblieben substanzielle Reformen, könnte der addierte Beitragssatz der Sozialversicherungen von derzeit 42,3 Prozent auf 45,4 Prozent im Jahr 2030 steigen, warnt der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung in seinem am Mittwoch vorgestellten neuen Gutachten.

„Die Wirtschaftswesen haben die Kostentreiber im Gesundheitswesen klar benannt: Kran-



KVN-Vorstandsvorsitzender Mark Barjenbruch

kenhäuser und die Pharmaindustrie - nicht die ambulante Gesundheitsversorgung. Im Gegenteil: Die Wirtschaftsweisen setzen sogar auf die ambulante Versorgung. Sie müsse zur Steuerung der Patienten entlang der gesamten Versorgungskette ausgebaut werden, - auch mit dem Ziel, insbesondere vermeidbare stationäre Behandlungen zu verringern. Ein sinnvoller Ansatz. Im Gutachten der Wirtschaftsweisen stecken mehr Reformansätze als im Spargesetz von Bundesgesundheitsministerin Warken“, sagte der Vorstandsvorsitzende der Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (KVN), Mark Barjenbruch, in Hannover.

Bei Arzneimitteln werben die Wirtschaftsweisen dafür, die Preise innovativer Medikamente „noch stärker als bisher am therapeutischen Zusatznutzen auszurichten“. Im Krankenhaussektor gebe es zu viel stationäre Behandlungen. Skeptisch zeigen sich die Ratsmitglieder bei Instrumenten wie Praxisgebühr und allgemeine Kostenbeteiligungen der Versicherten. Sie könnten auch „die Inanspruchnahme notwendiger Leistungen der Versicherten reduzieren“, heißt es im Gutachten.

Reformen im Gesundheitswesen auf der Ausgaben- und Einnahmenseite in der Gesetzlichen Krankenversicherung könnten laut Gutachten nur „ergänzend“ die Krankenkassenausgaben stabilisieren, nicht aber eine echte Strukturreform ersetzen. „Diese Aussagen teilt die KVN voll und ganz. Wir brauchen eine echte Strukturreform im deutschen Gesundheitswesen mit einer sinnvollen Patientensteuerung und keine Spargesetze. Mit dem GKV-Stabilisierungsgesetz geht die Bundesregierung in die völlig falsche Richtung und beschädigt damit die ambulante Versorgung nachhaltig. Dies werden leider auch die Patientinnen und Patienten spüren“, so Barjenbruch.

Labor kompakt

Neue Ausgabe zum Thema Borreliose-Diagnostik veröffentlicht

Über die Diagnostik der frühen Lyme-Borreliose nach einem Zeckenstich informiert eine neue „LaborKompakt“-Ausgabe der KBV. Sie bietet Praxen auf zwei Seiten einen Überblick zu Symptomen, empfohlenen Testverfahren und Besonderheiten bei der Diagnosestellung. Ein Ablaufschema zur Labordiagnostik verdeutlicht das empfohlene Vorgehen bei begründetem klinischem Verdacht auf eine Borrelioseinfektion.



Die neue Ausgabe steht ab sofort

auf der Themenseite der KBV zum Herunterladen und Ausdrucken bereit. Auf der Seite finden Ärzte und Ärztinnen darüber hinaus „LaborKompakt: Praktische Tipps zur Präanalytik“ sowie alle Ausgaben der Reihe „Empfehlungen zur Labordiagnostik“, die seit 2022 ausführlich über die stufenweise Anwendung von Laboruntersuchungen zur Erstdiagnose und Verlaufskontrolle von verschiedenen Krankheiten wie Schilddrüsenerkrankungen oder Blut- und Gerinnungserkrankungen informiert.

Unter dem Titel „LaborKompakt“ erhalten Ärztinnen und Ärzte auf ein bis zwei Seiten einen schnellen und praxisbezogenen Überblick zu diversen Themen aus dem Bereich Labordiagnostik. Dabei stehen allgemeine Hinweise zur Diagnostik, Tipps und Anwendungsbeispiele ebenso im Fokus wie aktuelle oder saisonale Themen.

Mehr Informationen

[LaborKompakt: Diagnostik der frühen Lyme-Borreliose](#)

[KBV-Themenseite Labordiagnostik](#)

Pflanzen in Praxisräumen

Informationen zu Hygiene und Medizinprodukten

Grünpflanzen sind optisch ein angenehmer Farbtupfer und sind nicht nur dekorativ, sie können auch eine beruhigende Wirkung auf Patienten und das Personal entfalten.

Aber: Bei allen Topfpflanzen besteht die Gefahr, dass die Blumenerde von Bakterien und Pilzen oder Insekten befallen werden kann. Sporenbildende Erreger und Bakterien können im Extremfall schwere Lungenentzündungen und Wundinfektionen hervorrufen. Des Weiteren muss dringend auf Übertöpfe mit stehendem Wasser geachtet werden, denn hier kann eine hohe Keimzahl von gramnegativen Stäbchenbakterien entstehen, die dringend zu vermeiden ist. Die Pflanze Ficus Benjamin kann häufig Allergien (Heuschnupfen) auslösen.

Der richtige Standort von Pflanzen ist entscheidend. Im Eingangs- und Flurbereich und im Schreibzimmer können Sie Hydrokulturen aufstellen, aber auch nur dann, wenn diese regelmäßig gepflegt, gereinigt und auf Schimmelbefall geachtet wird. Hydrokulturen sind deutlich weniger belastet, aber nicht völlig keimfrei. Künstliche Blumen und Trockengestecke müssen engmaschig feucht entstaubt werden; Schnittblumen sind tolerabel.

In Behandlungsräumen und Laboren sollte aus genannten Gründen gänzlich auf künstliche oder echte Pflanzen verzichtet werden.

Nicht vergessen: Nach Kontakt mit Pflanzen ist die Händehygiene zu beachten!

Hygiene-Berater der KV-Niedersachsen

Frau Marlen Hilgenböker

Telefon: 0511 380-3311

Frau Sandra Dombrowsky

Telefon: 0511 380-3637

E-Mail: Hygiene@kvn.de

Beratungsangebot: Praxisverwaltungssysteme & digitale Tools – Ihr Wegweiser für Gründung, Wechsel und Zukunftssicherheit

KV Niedersachsen startet herstellerneutrale Beratung für Praxisverwaltungssysteme und digitale Tools.

Die Digitalisierung verändert den Praxisalltag rasant. Von der elektronischen Patientenakte über digitale Terminverwaltung bis hin zu Abrechnungsprozessen steigen die Anforderungen an moderne Praxen kontinuierlich. Umso wichtiger ist die Wahl eines geeigneten Praxisverwaltungssystems (PVS). Eine Entscheidung, die langfristige Auswirkungen auf Organisation, Wirtschaftlichkeit und Arbeitsabläufe hat.

Doch die Auswahl fällt vielen Praxen schwer. Der Markt ist unübersichtlich, Funktionen und Kostenmodelle unterscheiden sich erheblich und nicht jede Software erfüllt die individuellen Anforderungen einer Praxis. Veraltete Systeme, unzureichender Support oder fehlende Weiterentwick-

lungen können zudem den Arbeitsalltag erheblich erschweren.

Vor diesem Hintergrund erweitert die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (KVN) ihr Beratungsangebot und bietet eine strukturierte, herstellernerneutrale Beratung zu PVS und ergänzenden digitalen Tools an. Das Angebot richtet sich sowohl an Praxisgründer als auch an bereits etablierte Praxen, die einen Systemwechsel oder die Anschaffung digitaler Tools in Betracht ziehen.

Die Beratung umfasst unter anderem:

- Individuelle Analyse Ihrer Praxissituation und Ihres Digitalisierungsgrades
- Überblick über Markt, Funktionen, Trends und digitale Tools
- Darstellung relevanter Auswahlkriterien
- Informationen zu Wechselprozessen inkl. Datenmigration und Systemeinführung
- Einordnung von Kostenmodellen und Leistungsumfängen

Dabei versteht sich die KVN ausdrücklich als unabhängiger Wegweiser. Die Beratung soll Praxen dabei unterstützen, Systeme eigenständig und auf Basis nachvollziehbarer Kriterien zu bewerten.

Terminvereinbarung

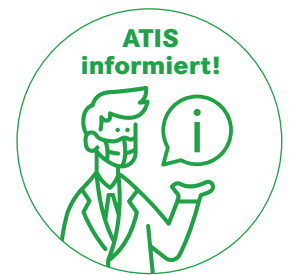
Team eHealth und Digitalisierung in der Versorgung

E-Mail: ehealth@kvn.de | Telefon: 0511 380-4333 | Dauer: ca. 60 Minuten

Ergänzend stellt die KVN ihren Mitgliedern im KVN-Portal eine PVS-Statistik zur Verfügung, die die Entwicklung der Nutzerzahlen einzelner Systeme in Niedersachsen quartalsweise dokumentiert. Starten Sie jetzt in eine digitale Praxiszukunft - effizient, sicher und passgenau.



Der KVN-Podcast - überall, wo es Podcasts gibt.



Pregabalin: Ist eine Verordnung außerhalb der zugelassenen Indikationen vertretbar?

Frage an ATIS

Eine Kollegin, Fachärztin für Allgemeinmedizin, fragt zu folgendem Fall: „Ein neuer Patient mit chronischen Knie-, Rücken- und Schulterschmerzen berichtete, dass ihm in der Vergangenheit nur Pregabalin geholfen habe. Kürzlich habe er von einem Bekannten eine Packung Pregabalin 300 mg erhalten, das seiner Aussage nach sogar besser gewirkt habe, die Schmerzen zu ertragen, als zuvor verordnetes Oxycodon, besonders nach Einnahme von 4 dieser Kapseln pro Tag. Er drängte auf eine entsprechende Verschreibung von Pregabalin. Da es nach meiner Einschätzung keine typischen neuropathischen Schmerzen waren und ich bei den Umständen einen Verdacht auf Missbrauch hatte, habe ich stattdessen Celecoxib und Tramadol verschrieben. Ich frage mich aber: Kann eine Verordnung von Pregabalin in einem solchen Fall dennoch gerechtfertigt sein in Hinblick auf das Leiden des Patienten?“

Antwort von ATIS

Zugelassene Indikationen von Pregabalin sind neuropathische Schmerzen, partielle epileptische Anfälle und generalisierte Angststörungen. Mit einer Halbwertszeit von 6 Stunden wird es typischerweise zweimal täglich dosiert; die Resorption erfolgt schnell und nahezu vollständig. Das Analogpräparat Gabapentin wirkt ähnlich, weist jedoch eine geringere und dosisabhängige Bioverfügbarkeit auf. Beide benötigen für Darmresorption und Blut-Hirn-Schranken Penetration das Membrantransportprotein LAT1, Pregabalin passiert Membranen vermutlich auch über andere Transporter, womit die bessere oral Bioverfügbarkeit und ZNS-Gängigkeit erklärt wird.

Bei dem hier vorgestellten Patienten waren neuropathische Schmerzen jedenfalls nicht offenkundig. Nachdem aber die Schmerzen als sehr belastend erschienen und auch ein potentes Opiat keine ausreichende Schmerzlinderung gebracht hat, mag hier grundsätzlich auch an off-label Verordnungen gedacht werden. Spätestens allerdings die Tatsache, dass der Patient das Pregabalin in einer recht hohen Dosis zuvor auf irgendeinem ominösen Weg erhalten hat, bestätigt den Verdacht, dass es für Pregabalin wohl einen Schwarzmarkt hat und dass hier möglicherweise ein Missbrauch vorliegt und die vom Patienten angestrebte Wirkung von Pregabalin in diesem Falle gar nicht primär die analgetische war. In der Tat gibt es in Deutschland schon seit mehr als 10 Jahren einen illegalen Handel mit Pregabalin, oft auch in Zusammenhang mit dem Handel illegaler Drogen. Das ist für Pregabalin allerdings nicht in dem Ausmaß wie bei Opiaten oder Psychostimulantien, und bislang ohne relevante Beschaffungskriminalität. Besonders letzteres wäre ein eindeutiger Hinweis auf relevantes Sucht- bzw. Missbrauchspotenzial. Dass das nicht so ausgeprägt der Fall ist, könnte aber auch einfach damit zu erklären sein, dass Pregabalin relativ leicht zum Beispiel oft wohl auch über ärztliche Verordnung zu bekommen ist.

Während die Verordnung von Gabapentin in den letzten 10 Jahren konstant geblieben ist, stieg die Verordnung von Pregabalin um das Doppelte an [1]. Neben der Indikation neuropathische Schmerzen ist Pregabalin auch zur Behandlung einiger Formen der Epilepsie und generalisierter Angststörungen zugelassen. Was davon die ansteigende Verordnungshäufigkeit erklärt, bleibt unklar, zu einem relevanten Teil aber tatsächlich auch durch off label Verordnungen [1], Verordnungen, die dann missbräuchlich eingenommen werden oder an andere weitergegeben werden. In der oben genannten Publikation [1] findet sich auch ein eindrucksvolles Bild, nach dem sich ab 2012 bei Drogentoten als Nebenbefund zunehmend Pregabalin im Blut findet, ohne dass Pregabalin todesursächlich war.

Zur Frage, wie man diesem Patienten denn anders als mit Pregabalin helfen kann, wäre es gut zu wissen, warum Pregabalin für einige Menschen so attraktiv ist. Es kann angstlösend sein und ist ja auch zur Behandlung von generalisierten Angststörungen zugelassen [2]. Es hat sedierende, schlafanstoßende Wirkung, und bei einigen Menschen führt es auch zu Euphorie. Benzodiazepine oder Z-Substanzen sollten in dieser Situation keinesfalls als Alternative angeboten werden. Sinnvoller wären eine spezialisierte multimodale Schmerztherapie oder eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung – vorausgesetzt, der Patient ist für solche Angebote überhaupt offen und ist nicht primär mit der festen Erwartung in die Praxis gekommen, ein Rezept für Pregabalin zu erhalten.

Für unseren Fall ist dies zwar nicht relevant, dennoch erscheint es angesichts der zahlreichen Bedenken hinsichtlich Pregabalin bemerkenswert, dass die Substanz gelegentlich zur Unterstützung eines Benzodiazepinentzugs empfohlen wird. Wie immer sollte die Substitution eines abhängig machenden Stoffes durch einen anderen die Ausnahme bleiben. Pregabalin käme in diesem Zusammenhang allenfalls kurzfristig zur Behandlung ausgeprägter Angst- und Spannungszustände in Betracht.

Man kann die Mehrverordnung von Pregabalin in den letzten 10 Jahren aber auch positiv sehen. Das mag teils ein Zeichen dafür sein, dass neuropathische Schmerzen eher erkannt und behandelt werden und dass bei neuropathischen Schmerzen wenig effiziente Antiphlogistika oder alte Antiepileptika wie Carbamazepin nicht mehr verordnet werden, und auch die nebenwirkungsreichen trizyklischen Antidepressiva zurückhaltender verordnet werden. Im pharmakologischen Vergleich zum ähnlichen Gabapentin ist Pregabalin etwa 5mal potenter und es wird schneller resorbiert mit schnellerem Wirkungseintritt. Das schnellere Anfluten mag wohl auch erklären, warum Pregabalin offenbar ein höheres Missbrauchspotenzial hat als Gabapentin (ähnlich dem klassischen pharmakologischen Beispiel mit dem schnell anflutenden Heroin versus dem eher langsamer ins ZNS eindringenden Morphin). Daraus könnte man die Schlussfolgerung ziehen, dass generell eher Gabapentin als Pregabalin verordnet werden sollte, aber das wird sich wegen der schlechteren Resorption und ZNS-Gängigkeit des Gabapentin und der damit verbundenen unregelmäßigeren und schwächeren Wirkung wohl nicht durchsetzen – und ganz frei von diesen Missbrauchsproblemen ist auch Gabapentin nicht.

Fazit zu eingangs geschilderten Patienten: Die Ablehnung der Pregabalin-Verordnung seitens der Ärztin ist gut nachvollziehbar. Alternativ hätte sie Pregabalin für kurze Zeit in einer kleineren Packungsgröße probeweise verordnen können, verbunden mit der Vereinbarung weiterer zeitnaher Kontrolltermine, um zu klären, ob und wie es geholfen hat und wie weiter vorzugehen ist. Es mag im Einzelfall ja sein, dass die Gelenk- und Rückenschmerzen auch eine neuropathische Komponente haben, was die Pregabalin-Verordnung rechtfertigen würde. Deutschlandweit ist unseres Wissens bis auf weiteres nicht geplant, Pregabalin als Suchtstoff bzw. Betäubungsmittel einzuordnen, so dass die Verordnung von Pregabalin auch off label kein Verstoß gegen das Betäubungsmittelgesetz ist und Praxisbesuche wie der oben geschilderte sogar zunehmen könnten.

Literatur

[1] A. Kleinau et al. Gabapentin und Pregabalin: Missbrauch und Abhängigkeit. *Arzneiverordnung in der Praxis* 2024; 51: 327-332

[2] Fachinformation Pregabalin Pfizer Hartkapseln, Stand Mai 2024

Autor

Prof. Dr. Jürgen Brockmüller
Institut für Klinische Pharmakologie
Universitätsmedizin Göttingen



Abrechnung

Abgabetermin Quartalsabrechnung 2/2026

Der **Abgabetermin** für die Abrechnung des **2. Quartals 2026** ist der **10. Kalendertag** des nachfolgenden Quartals und somit der **10. Juli 2026**.

Eine **Teilnahme am AbrechnungsCheck** ist nur bei fristgerechter Einreichung Ihrer Quartalsabrechnung möglich.

Bitte beachten Sie, dass im **AbrechnungsCheck** ein **Abwesenheitszeitraum von maximal 14 Kalendertagen** eingetragen werden kann.

Bitte denken Sie daran, auch bei der Online-Übermittlung von Abrechnungsdatei(en),

- das Muster der aktuellen **neuen** Sammelerklärung, gültig ab 2. Quartal/2026 (**Stand 4/2026**), vollständig ausgefüllt, mit Unterschrift(en) und dem Vertragsarztstempel versehen, einzureichen; das Muster kann auch unter https://www.kvn.de/Mitglieder/Abrechnung_Honorar+und+Vertrag/Quartalsabrechnung.html ausgedruckt werden,
- die abzugebenden **Behandlungsausweise** (sortiert nach der Liste: KBV-Prüfmodul Abgabe Behandlungsausweise) einzureichen
- abhängig von Ihren erbrachten Leistungen: Dokumentationen im Rahmen der oKFE-Richtlinie, Hautkrebsscreening, Daten gem. der QS-Richtlinie Dialyse rechtzeitig online zu dokumentieren und zu übertragen
- ggf. zusätzliche Unterlagen einzureichen:
Sachkostenbelege / Rechnungen,
Mitteilungen der Praxis zur eingereichten Abrechnung (Beispiel: Pat. Y ist zu löschen, da jetzt BG-Fall).

Listen wie z. B. **Prüfprotokolle, Sortier- oder Versandlisten** benötigen wir **nicht**.

Dokumente wie z. B. **RLV-Anträge, Genehmigungsanträge, Widersprüche gegen den Honorarbescheid** sind **direkt an die Bezirksstellen** zu senden.

Ansprechpartner bei Terminproblemen ist Ihre Bezirksstelle. Sollten Sie den Abgabetermin nicht einhalten können, so nehmen Sie bitte rechtzeitig Kontakt mit Ihrer Bezirksstelle auf, um aus einer verspätet eingereichten Quartalsabrechnung möglicherweise resultierende Konsequenzen zu vermeiden.

Um einen Zeitverzug bei der Einreichung Ihrer Abrechnungsunterlagen zu vermeiden senden Sie diese bitte direkt an das Postfach des Abrechnungscenters:

- **KVN-Abrechnungscenter**
- Quartalsabrechnung -
Postfach 3145
30031 Hannover
- Nachreichungen versehen Sie mit dem Zusatz „**Nachreichung**“ oder „**Nachsendung**“ und senden diese ebenfalls an das o. g. Postfach
- bitte geben Sie bei sämtlichem Schriftverkehr (Mail, Brief, etc.) Ihre **Betriebsstättennummer** (BSNR) an

Ansprechpartner ist Ihr Abrechnungsteam und/oder das Team Mitgliederservice des Abrechnungscenters, Telefon: 0511 380-4800, E-Mail: abrechnungscenter@kvn.de

1-Click-Abrechnung über KIM und Vorhaltepauschale: Separate Meldung Kriterien Nr. 9 und Nr. 10 notwendig

Sofern Sie Ihre Abrechnungsdatei nicht über das KVN-Portal, sondern abweichend über die Funktion **1-Click-Abrechnung über KIM** in Ihrer PVS einreichen, müssen Sie uns die Erfüllung der **Kriterien Nr. 9 (Zusammenarbeit) und Nr. 10 (Sprechstunden/Praxisöffnungszeiten) der Vorhaltepauschale separat übermitteln.**

Sie finden das zu verwendende **Formular im KVN-Portal** durch Klick auf die entsprechende **Kachel.**

Ansprechpartner ist Ihr Team Mitgliederservice des Abrechnungsceneters, Telefon: 0511 380-4800, E-Mail: abrechnungsceneter@kvn.de

Mitteilung der fachgruppendurchschnittlichen Obergrenze für Kontrastmittel für das Quartal 3/2026

Gemäß der Kontrastmittelvereinbarung, die die KVN mit den Landesverbänden der Krankenkassen in Niedersachsen zum 1. Januar 2016 abgeschlossen hat und die zuletzt zum 1. Juli 2024 angepasst wurde, gelten für das 3. Quartal 2026 für Ärzte, die im Basisquartal 3/2025 (noch) keine Kontrastmittel über die o. g. Vereinbarung abgerechnet haben, folgende fachgruppendurchschnittlichen Obergrenzen:

- Institute, Krankenhäuser 4.025,96 Euro
- Fachärzte für Nuklearmedizin 22.158,20 Euro
- Fachärzte für Diagnostische Radiologie 70.650,53 Euro
- Fachärzte für Urologie 2.108,04 Euro

Die Vereinbarung gilt für Fachärzte für Nuklearmedizin, Diagnostische Radiologie und Urologie verbindlich. Für andere Fachgruppen nur, wenn in der eigenen BAG/MVZ oder im Institut/Krankenhaus ein Facharzt für Nuklearmedizin, Diagnostische Radiologie oder Urologie tätig ist.

Diese Daten sind über das KVN-Portal unter Verträge -> Kontrastmittel-Vereinbarung abrufbar.

Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM Teil B Nr. 16.1 und 16.2 für das 3. Quartal 2026 - Fachgruppendurchschnittswerte für Laborindividualbudgets

Die für das 3. Quartal 2026 geltenden Fachgruppendurchschnittswerte für Laborindividualbudgets finden Sie seit dem 26. Mai 2026 [hier](#)

Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM für das 3. Quartal 2026 für alle dem RLV unterliegenden Arztgruppen des fachärztlichen Versorgungsbereichs

Die für 3/2026 geltenden RLV-/QZV-Mindestfallwerte sowie die Fallzahlgrenzen für die Fallwertminderung und die Fallzahlzuwachsbeschränkung (FZZB) finden Sie [hier](#)

Begrenzung des genetischen Labors (Leistungen der Abschnitte 11.4 und 19.4 EBM, falls kassenseitig nicht extrabudgetär vergütet)

Da der von den gesetzlichen Krankenkassen für Leistungen des genetischen Labors gezahlte Honoraranteil („Grundbetrag genetisches Labor“) für eine unbegrenzte Auszahlung des Leistungsbedarfs nicht ausreicht, werden gemäß HVM Teil B Nr. 7.1.1 Abs. 8 die entsprechenden Leistungen seit dem 2. Quartal 2023 arztseitig mit einer Quote ausbezahlt, die sich aus dem Verhältnis der entsprechenden Leistungsanforderungen im Vorjahresquartal zum Grundbetrag im Vorjahresquartal ergibt.

Für das **3. Quartal 2026** kommt demnach für Leistungen der Abschnitte 11.4 und 19.4 EBM, falls diese kassenseitig nicht extrabudgetär vergütet werden, eine Auszahlungsquote von **65,13 Prozent** zur Anwendung.

Außerklinische Intensivpflege: Folgeverordnung im Rahmen einer Videosprechstunde

Die Folgeverordnung von außerklinischer Intensivpflege ist unter bestimmten Voraussetzungen im Rahmen einer Videosprechstunde möglich. Hierfür passt der Bewertungsausschuss (BA) den EBM zum 1. Juli 2026 an.

Hintergrund ist die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beschlossene Änderung der Richtlinie über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege (AKI-RL), die am 1. April in Kraft getreten ist.

Näheres zum EBM-Beschluss

Die Gebührenordnungsposition 37710 (Verordnung außerklinischer Intensivpflege unter Verwendung des Vordrucks nach Muster 62 Teil B und C) wird im obligaten Leistungsinhalt um den Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Paragraf 6 Absatz 1a der AKI-RL sowie Anlage 31b zum Bundesmantelvertrag-Ärzte ergänzt. Zudem wird eine weitere Abrechnungsanmerkung bei Durchführung der Leistung im Rahmen einer Videosprechstunde aufgenommen.

Die Kosten für den postalischen Versand des Vordrucks nach Muster 62B und gegebenenfalls zusätzlich Muster 62C an den Patienten beziehungsweise die Bezugsperson können über die Kostenpauschale 40128 abgerechnet werden. Diese wird entsprechend erweitert.

Hinweis zur Veröffentlichung

Das Institut des Bewertungsausschusses veröffentlicht den Beschluss auf seiner [Internetseite](#) und im Deutschen Ärzteblatt.

Hybrid-DRG: Befristete Zuschläge für Eingriffe bei Kindern in den EBM aufgenommen

Der Bewertungsausschuss (BA) hat eine unterjährige Übergangsregelung vom 16. April 2026 bis zum 31. Dezember 2026 zur Anpassung der Vergütung von ambulanten Operationen bei Kindern an die Hybrid-DRG beschlossen.

Zum Hintergrund: Mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz wurden Leistungen für vulnerable Gruppen wie Menschen mit Behinderung sowie Patientinnen und Patienten, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, von den Hybrid-DRG ausgeschlossen. Diese gesetzliche Vorgabe wurde bei der Hybrid-DRG-Vergütung für das Jahr 2026 umgesetzt. Mit Inkrafttreten des Krankenhausreformenpassungsgesetzes am 15. April 2026 wurde dieser Ausschluss jedoch vom Gesetzgeber wieder aufgehoben.

Zuschläge befristet in den EBM aufgenommen

Eine unterjährige Anpassung der Vergütungssystematik über Hybrid-DRG-Fallpauschalen war nicht möglich. Um dennoch bereits 2026 für entsprechende Eingriffe bei Kindern die Vergütung über den EBM an die Vergütung der Hybrid-DRG anzugleichen, hat der BA befristet mehrere neue Zuschläge in den EBM aufgenommen. Vorgesehen ist ein Zuschlag in Höhe von 60 Prozent auf die ambulante Operation inklusive der Anästhesie.

Mit diesem Zuschlagsmodell soll vornehmlich für die im Kindesalter relevanten Eingriffe annähernd das Vergütungsniveau der voraussichtlich in Betracht kommenden Hybrid-DRG erreicht werden. Da eine reguläre Einbeziehung der Leistungen erst im Rahmen der Weiterentwicklung der Hybrid-DRG zum Jahr 2027 erfolgen kann, handelt es sich hierbei um eine Übergangslösung auf Basis von Näherungswerten. Sie gilt für den Zeitraum vom 16. April 2026 bis zum 31. Dezember 2026. Für Menschen mit Behinderung werden die Hybrid-DRG 2027 angepasst. Eine Übergangsregelung für 2026 war hier leider nicht möglich: Im Gegensatz zum Alter macht der Gesetzgeber keine eindeutigen Vorgaben für eine Umsetzung (z. B. Liste mit ICD-Kodes oder Angabe der Pflegegradeinteilungen).

Hinweise zur Abrechnung

Die neuen Gebührenordnungspositionen (GOP) 31950 bis 31997 stehen im neuen EBM-Abschnitt 31.8. Die Zuschläge können Ärzte abrechnen, wenn sie eine ambulante Operation gemäß EBM-Abschnitt 31.2 bei Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr durchführen und die Leistungslegende des Zuschlags den entsprechenden OPS-Kode enthält.

Dazu sind in der Leistungslegende des Zuschlags alle OPS-Kodes des Hybrid-DRG-Leistungskatalogs genannt, die ebenfalls im Anhang 2 zum EBM gelistet sind, auch wenn es sich dabei teilweise um Verfahren handelt, die im Kindesalter nur selten durchgeführt werden.

Die Abrechnung der Operations- und Anästhesieleistungen sowie der mit der Operation zusammenhängenden Leistungen erfolgt nach den Regularien des EBM im Rahmen der gesamtvertraglichen Abrechnung. Laborleistungen und Sachkosten bleiben damit zusätzlich berechnungsfähig. Gemäß der Logik der Hybrid-DRG-Fallpauschalen ist über den jeweiligen Zuschlag sowohl eine Angleichung der operativen als auch der anästhesiologischen Leistung vorgesehen. Aus systematischen Gründen ist ein Zuschlag allerdings ausschließlich auf die jeweils zutreffende GOP für die ambulante Operation nach Abschnitt 31.2 über den EBM berechnungsfähig. Erfolgt die Leistung unter Anästhesie gemäß Abschnitt 31.5.3 EBM, ist der Zuschlag im Innenverhältnis zwischen Operateur und Anästhesist aufzuteilen.

Hinweise zur Kalkulation der Zuschläge

Die (Hybrid-)DRG-Fallpauschalen vergüten keine einzelnen Leistungen, sondern „inhalts- und aufwandsähnliche“ Fälle. Insofern ist es nicht möglich, die „Lücke“ zwischen der EBM-Vergütung von Einzelleistungen und der pauschalierten Vergütung eines Falles über Hybrid-DRG genau zu bestimmen.

Für die Festlegung der Punkte für die GOP 31950 bis 31997 galten zudem folgende Grundsätze, um sich rechnerisch dem Unterschied zwischen der EBM-Vergütung und der Vergütung über eine Hybrid-DRG-Fall-pauschale zu nähern:

- Vergütung nach den Regularien des EBM (u. a. GOP für ärztliche Leistungen, Labor und Sachkosten)
- Sachgerechte Vergütung derjenigen Eingriffe, die im Kindesalter relevant sind.

Resultat ist ein normativer Zuschlag von 60 Prozent auf den Eingriff für die entsprechenden OPS-Kodes.

Bei dem gemeinsamen Zuschlag für die operative und anästhesiologische Leistung ist das Verhältnis zwischen den jeweiligen Kosten variabel. Dies ist bedingt durch die (fallzahlgewichtete) Mischkalkulation einer Hybrid-DRG, in die verschiedenen Eingriffe einfließen.

Hinweis zur Veröffentlichung

Das Institut des Bewertungsausschusses veröffentlicht den Beschluss auf seiner [Internetseite](#) und im Deutschen Ärzteblatt.

 **Verordnung**

Sprechstundenbedarf - Importmöglichkeit von Mydriaticum Stulln Augentropfen (Wirkstoff Tropicamid) bis 30. Juni 2026 verlängert

Aufgrund des weiterhin bestehenden Lieferengpasses bzw. der festgestellten Nicht-Lieferfähigkeit des Arzneimittels Mydriaticum Stulln AT wurde mit den Landesverbänden der Krankenkassen vereinbart, dass nach Rückfrage der Apotheken bei den Großhändlern, die Importmöglichkeit befristet bis zum 30. Juni 2026 verlängert wird.

Sprechstundenbedarf - Import von Xylocain Gel 2% bis zum 1. Juni 2026 verlängert

Aufgrund des weiterhin bestehenden Lieferengpasses bzw. der festgestellten Nicht-Lieferfähigkeit des Arzneimittels Xylocain Gel 2% (Wirkstoff Lidocainhydrochlorid-Monohydrat) wurde mit den Landesverbänden der Krankenkassen vereinbart, dass nach Rückfrage der Apotheken bei den Großhändlern, die Importmöglichkeit befristet bis zum 1. Juni 2026 verlängert wird.

Import von fluoresceinhaltigen Augentropfen (Thilorbin®) bis zum 31. Dezember 2026 gestattet

Aufgrund des aktuellen Lieferengpasses für das Fertigarzneimittel Thilorbin® (Wirkstoffe Fluorescein und Oxybuprocain) wurde mit den Landesverbänden der Krankenkassen vereinbart, dass nach Rückfrage der Apotheken bei den Großhändlern, ein Import aus dem Ausland befristet bis zum 31. Dezember 2026 zulässig ist.

Andembry® (Garadacimab) als Praxisbesonderheit anerkannt

Andembry® (Wirkstoff: Garadacimab) wird nach einer Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem pharmazeutischen Unternehmer CSL Behring ab dem ersten Behandlungsfall als Praxisbesonderheit ab dem 1. Juni 2026 anerkannt. In der Indikation:

- bei erwachsenen und jugendlichen Patienten ab 12 Jahren zur routinemäßigen Prophylaxe wiederkehrender Attacken des hereditären Angioödems (hereditary angioedema, HAE)

Weitere Anwendungsgebiete oder Patientengruppen von Andembry® sind von dieser Anerkennung nicht umfasst.

Gemäß Fachinformation sollte bei Patientinnen und Patienten mit normalem C1-INH-HAE (nC1-INH), die nach 3-monatiger Behandlung mit Garadacimab eine unzureichende Reduktion der Attacken aufweisen, das Absetzen der Behandlung in Erwägung gezogen werden.

Die weiteren Vorgaben der Fachinformation sind zu berücksichtigen.

Die Einleitung und Überwachung der Behandlung mit Garadacimab sollte durch in der Therapie von Patientinnen und Patienten mit hereditärem Angioödem erfahrene Fachärztinnen und Fachärzte erfolgen.

Die Anerkennung als Praxisbesonderheit gilt nicht bei der Anwendung von Andembry® außerhalb der gesetzlich bestimmten Bedingungen (off label use).

Die Praxisbesonderheit gilt längstens bis zum Ablauf des Patent- und Unterlagenschutzes und solange CSL Behring Andembry® in Deutschland vertreibt.

Weitere Informationen zur Praxisbesonderheit finden Sie auf der [Internetseite des GKV-Spitzenverbandes](#)



Allgemeine Hinweise

Gesetzliche Unfallversicherung: Gebührenordnung und Leistungen zum 1. Juli 2026 umfassend überarbeitet

Das sind die wesentlichen Neuerungen:

- **Grundleistungen:** Die Grundleistungen im Abschnitt B der UV-GOÄ wurden neu strukturiert. Beratungs- und Untersuchungsleistungen nach den Nrn. 1 und 2 (alte Nr. 6) können neben Sonderleistungen wie Wundbehandlungen, Röntgen, Sonographie und Operationen angesetzt werden; der bisherige Abrechnungsausschluss wird aufgehoben. Einige Leistungen sind zudem neu, so zwei Zuschläge, die Ärzte bei erschwerter Kommunikation oder bei Abbruch einer Heilbehandlung abrechnen können.
- **Arthroskopische Leistungen:** Im Abschnitt L wird ein neuer Unterabschnitt XVII. für Arthroskopien eingeführt. Dieser bildet den aktuellen Stand arthroskopischer Leistungen ab und basiert auf einer neuen Systematik von Pauschalen und Zuschlägen.
- **Folgeanpassungen:** Im Zuge der Überarbeitung der Abschnitte B und L ergeben sich weitere Anpassungen innerhalb der UV-GOÄ für fachspezifische Leistungen.
- **Erhöhung der Gebühren um fünf Prozent:** Die Gebühren des Leistungs- und Gebührenverzeichnisses steigen um fünf Prozent. Ausgenommen sind die Grundleistungen im Abschnitt B und Arthroskopien (Nrn. 3400 bis 3444), da diese Leistungen im Zuge der jetzt erfolgten Neustrukturierung neu kalkuliert wurden.

Hinweise zur Veröffentlichung

Eine detaillierte Zusammenfassung der Neuerungen finden Sie [hier](#)

Zudem werden Einzelheiten zu den Beschlüssen dieser Bekanntmachung veröffentlicht auf der [Internetseite der KBV](#)

Dort finden Sie auch die [aktuelle Gebührenordnung für Ärzte in der Unfallversicherung \(UV-GOÄ\)](#)

BKK-Schwangerenversorgung „Hallo Baby“: Beitritt der BMW BKK zum 1. Juli 2026

Eine weitere Betriebskrankenkasse tritt der besonderen Versorgung zur Vermeidung von Frühgeburten und infektionsbedingten Geburtskomplikationen bei. Damit beteiligen sich insgesamt [53 BKKen](#) am Vertrag mit dem Ziel, die Frühgeburtenrate mithilfe primär- und sekundärpräventiver Maßnahmen zu minimieren sowie Infektionen durch Streptokokken B als Geburtskomplikation zu senken.

Weitere Informationen sowie die um die BMW BKK ergänzte Patienteninformation finden Sie im KVN-Portal: Verträge > Eingabe des Suchbegriffs „Hallo Baby“.

Weitere DMP-Schulungen Im Videoformat möglich

Das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) hat zwei weitere DMP-Schulungen im Videoformat zugelassen. Es handelt sich hierbei um das „**Nationale Ambulante Schulungsprogramm für erwachsene Asthmatiker (NASA)**“ und das „**Ambulante Fürther Schulungsprogramm für Patienten mit COPD (COBRA)**“.

Welche DMP-Schulungen im Videoformat aktuell in Niedersachsen möglich sind, können Sie der unten stehenden Übersicht entnehmen.

Werden Schulungen im Videoformat durchgeführt, müssen diese von Ihnen zusätzlich mit der **GOP 99095** gekennzeichnet werden. Für Schulungen, die sowohl im Videoformat als auch im Präsenzformat durchgeführt werden dürfen, muss mindestens ein Präsenzangebot für die jeweiligen Schulungsindikationen in der Praxis vorgehalten werden. Die Vergütungen von Schulungen im Videoformat entsprechen denen der Schulungen in Präsenz.

Hinsichtlich der technischen Anforderungen gelten die allgemeinen Voraussetzungen für die Durchführung einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (Verainbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde gemäß §365 Absatz 1 SGB V. Ausgenommen davon ist die Begrenzung der Anzahl der Teilnehmenden an der Videoschulung. Hier sind die strukturellen Vorgaben im Curriculum der Schulungen zu beachten.

Indikation	Name der Schulung	im Videoformat möglich ab
DMP DM 2	MEDIAS 2 BASIS	01.12.2024
DMP DM 2	MEDIAS 2 BSC	01.12.2024
DMP DM 2	Behandlungs- und Schulungsprogramm für Typ 2 Diabetes ohne Insulin	05.08.2025
DMP DM 2	Behandlungs- und Schulungsprogramm für Typ 2 Diabetes mit konventioneller Insulinbehandlung	05.08.2025
DMP DM 2	Behandlungs- und Schulungsprogramm für bedarfsgerechte Insulintherapie bei Typ 2 Diabetes	05.08.2025
DMP DM1 und DM 2	Behandlungs- und Schulungsprogramm für intensivierete Insulintherapie (ICT) für Menschen mit Typ 1 oder Typ 2 Diabetes	05.08.2025
DMP DM1 und DM 2 und DMP KHK	Behandlungs- und Schulungsprogramm für Menschen mit Hypertonie	05.08.2025
DMP Asthma	Qualitätsmanagement in der Asthmaschulung von Kindern und Jugendlichen (AG Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter e. V., AGAS) einschl. ASEV-Schulung = Asthmaschulung für Eltern von Vorschulkindern, Asthma-Kleinkindschulung	01.10.2024
DMP Asthma	Nationales Ambulantes Schulungsprogramm für erwachsene Asthmatiker (NASA)	18.03.2026
DMP COPD	Ambulantes Fürther Schulungsprogramm für Patienten mit COPD (COBRA)	18.03.2026
DMP KHK	Kardio-Fit	01.12.2024

Informationen zu DEMIS für niedergelassene ärztlich Tätige

Die Meldepflicht gemäß Infektionsschutzgesetz (IfSG) ermöglicht die frühe Erkennung von Infektionskrankheiten und das rechtzeitige Einleiten von Infektionsschutzmaßnahmen, um weitere Übertragungen zu verhindern.

Gemäß §8 IfSG sind Sie als Ärztin bzw. Arzt meldepflichtig. Wir möchten freundlich darauf hinweisen, dass Ihre Meldungen elektronisch erfolgen müssen (§14 Abs. 8 IfSG). Dafür stellt das Robert Koch-Institut (RKI) im Auftrag des BMG und in Zusammenarbeit mit der gematik seit 2020 das Deutsche Elektronische Melde- und Informationssystem für den Infektionsschutz (DEMIS) bereit. Die Meldung über DEMIS löst die Meldung in Papierform bzw. per Fax ab, wodurch die Übertragung der Daten schneller und sicherer wird und die Aufwände bei den Meldenden und im Gesundheitsamt reduziert werden.

[Weitere Informationen](#)

Seminarangebot der KVN

Seit nun mehr 20 Jahren bietet die KVN ein attraktives und umfangreiches Seminarangebot an. Auch im Bereich der Online-Schulungen ist viel passiert. Das Angebot an WebSeminaren wurde ausgebaut und auf die Bedürfnisse der Praxen und deren Praxispersonal ausgerichtet. Das Seminarangebot erhalten die Praxen monatlich über die KVNachrichten in digitaler Form.

Auf unserer Internetseite unter: <https://www.kvn.de/Mitglieder/Fortbildung/Seminarangebot.html> finden sich alle Themen und Termine mit der Möglichkeit, sich online anzumelden. Anstatt einer Seminarbroschüre werden Zusammenfassungen aller Themen in Kategorien gegliedert dargestellt. Des Weiteren können ausgewählte Seminartitel angeklickt werden, um direkt zu den Inhalten und der Anmeldemaske zu gelangen.

Das Seminar-Team der KVN wird weiterhin daran arbeiten, das Seminarangebot aktuell, interessant und umfangreich zu gestalten. Anregungen, Wünsche und neue Themenvorschläge werden gerne unter seminarthemen@kvn.de angenommen.

Kooperationsanfragen an Mitglieder

Die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (KVN) erhält häufig Kooperationsanfragen von Institutionen im deutschen Gesundheitswesen und Universitäten. In der Regel geht es dabei um Online-Befragungen oder Informationen über bestimmte Diagnosen und Behandlungsmethoden.

[Diese Kooperationsanfragen finden Sie auf unserer Internetseite.](#)



Ausschreibungen für Nachfolgezulassungen in gesperrten Planungsbereichen

Die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (KVN) schreibt hiermit folgende Vertragsarzt-/
Vertragsärztinnen-/Vertragspsychotherapeuten-/Vertragspsychotherapeutinnensitze aus:

Die Ausschreibungen für Nachfolgezulassungen im Monat Juni 2026 finden Sie [hier](#).

Oder Sie besuchen unsere [Internetseite](#)

Impressum

KVNBachrichten

Das Rundschreiben der
Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen
2. Jahrgang, Nr. 06/2026

Herausgeber:

Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen
Berliner Allee 22, 30175 Hannover

Redaktionsausschuss:

Mark Barjenbruch, Thorsten Schmidt, Nicole Löhrl,
Dr. Eckart Lummert, Dr. Ludwig Grau

Redaktion:

Detlef Haffke (v.i.S.d.P.), Lars Menz,
Michael Aßhauer, Sandra Meyer

Anschrift der Redaktion:

Berliner Allee 22, 30175 Hannover
pressestelle@kvn.de
www.kvn.de

Bildnachweis

S. 1 oben: Müller; S. 1 unten links: Seifert; S. 1 unten rechts: Haffke; S.
4 und S. 9: Müller; S. 10: Seifert.

Juni Ausgabe 2026 veröffentlicht am 11. Juni 2026

KVNachrichten

Das Rundschreiben der Kassenärztlichen
Vereinigung Niedersachsen

05/2026

PRAXENLAND
Die Haus- und Fachärzte

**SPAREN WIR UNS
LEERE VERSPRECHEN.
NICHT EINE VERLÄSSLICHE
VERSORGUNG.**

**PRAXEN NICHT
KAPUTTSPAREN!**
Praxenland.de

7



Weitere Inhalte
im Internet:
kvn.de/

**LEISTUNGEN
FÜR OPFER
VON GEWALT**

4



10

GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz. Kürzungen in Milliardenhöhe – **Seite 5**

Praxen nicht kaputtsparen. KBV reagiert mit Praxenlandkampagne – **Seite 7**

Ministerium klärt auf. Neuer Flyer für Opfer von Gewalttaten – **Seite 10**

Inhalt – KVNachrichten 05/2026



Editorial



Nachrichten

Gesundheitsreform: Schiefelage zu Lasten der ambulanten Versorgung	5
GKV-Beitragsatzstabilisierungsgesetz	5
Praxen nicht kaputtsparen	7
Notfallreform: Neue Strukturen sind personell und finanziell nicht realisierbar	7
Zi-Praxis-Panel „Krisen- und Katastrophenresilienz der vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Versorgung“	9
Neue Info-Flyer für Opfer von Gewalttaten	10
Neue KBV-PraxisInfo: Kind-Krank-Bescheinigung	10
Leben schenken - Organspende meets Rock'n'Roll	10
Neues kvn.magazin und neuer Podcast ab Mitte Mai	11
Die ePA ist da	11



Abrechnung

Achtung: Neue Sammelerklärung verwenden!	12
Kostenpauschale 86522 - Medikamentenangabe erforderlich	12



Verordnung

Sprechstundenbedarf - Importmöglichkeit von Miochol E (Wirkstoff Acetylcholinchlorid) bis 17. April 2026 verlängert	13
Verordnungseinschränkungen Lipidsenker - Anpassung der Anlage III der Arzneimittel-Richtlinie	13
Anlage VIIa Arzneimittel-Richtlinie (Biosimilars)	14
Neu: Gestatteter Off-Label-Use Platinderivate beim triple-negativen Mammakarzinom nach Anlage VI Arzneimittel-Richtlinie	14
Neu: Gestatteter Off-Label-Use nach Anlage VI Arzneimittel-Richtlinie - Sorafenib als Erhaltungstherapie nach allogener Stammzelltransplantation zur Behandlung von Erwachsenen mit akuter myeloischer Leukämie (AML) und einer FLT3-ITD-Mutation	15



Allgemeine Hinweise

Pneumokokken-Indikationsimpfung für Kinder und Jugendliche mit 20-valentem Pneumokokken-Konjugatimpfstoff (PCV 20)	17
COVID-19-Impfstoff Nuvaxovid JN.1 nur noch bis zum 30. April 2026 verwenden.....	17
Verwendung der Vordrucke der gesetzlichen Krankenversicherung.....	17
DMP-Datenannahmestelle DAVASO firmiert in IQVIA Health System Services	18
Aktuelle Information TI-Verschlüsselungsalgorithmen Umstellung von RSA auf ECC: Frist für Austausch von Arzt- und Praxisausweisen bis Juni 2026 verlängert - kein Aufschub für ältere Konnektoren	18
Kooperationsanfragen an Mitglieder.....	19



Veranstaltungen



Amtliches

Ausschreibungen für Nachfolgezulassungen in gesperrten Planungsbereichen	22
Förderung für die Besetzung von Vertragsarztsitzen nach der Strukturfonds-Richtlinie der KVN	22
Anlage 1 zur Sprechstundenbedarfs-Vereinbarung ab 1. Juli 2026.....	22

 **Editorial**

Liebe Leserinnen und Leser,

das Kabinett hat am 29. April 2026 das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz verabschiedet. Noch läuft das parlamentarische Verfahren, und wir werden nicht müde, immer und immer wieder zu betonen, dass dieses Gesetz – wenn es denn so kommen sollte – mit seinen Einsparungen in dieser Höhe und all seinen technischen Unzulänglichkeiten deutlich spürbare Konsequenzen für die ambulante Versorgung haben wird: nämlich weniger Termine und Leistungen für die Patientinnen und Patienten. Die ambulante Versorgung, wie sie die Menschen in unserem Land kennen und schätzen, wird es in dieser Form dann nicht mehr geben.



Leider zeigt sich wieder einmal sehr deutlich, dass die Politik nicht in der Lage ist, eine grundlegende Reform anzustoßen. Von echter Patientensteuerung findet sich kein Wort im Kabinettsbeschluss. Besonders bitter: Die Entbugetierung der Hausärzte sowie der Kinder- und Jugendärzte soll schon nach wenigen Monaten wieder beschnitten werden; alles andere als eine verlässliche Politik.

Zudem muss grundsätzlich bezweifelt werden, ob sich mit diesem Gesetz die Beitragssätze überhaupt stabilisieren lassen. Immer noch sollen Sozialleistungen in großem Umfang aus Beitragsgeldern finanziert werden. Da wirkt es konzept- und hilflos, wenn der Bundesfinanzminister in Aussicht stellt, rund 250 Millionen Euro für Bürgergeldempfänger ‚auszugleichen‘, gleichzeitig den Bundeszuschuss an die Krankenkassen aber im nächsten Jahr um zwei Milliarden Euro kürzen will. Dies ist ein Taschenspielertrick.

Schon beklagt die Politik „das ewige Klagen der Leistungserbringer“. Ja – wir legen den Finger in die Wunde. Dazu sind wir da.

Wenn das Gesetz so kommt, dann haben Sie keine andere Wahl, ihre Arbeit an die noch schlechter werdenden finanziellen Rahmenbedingungen anzupassen. Ihre Leistungen sollen und müssen sich an den durch die Politik verringerten Einnahmen orientieren. Sie und die Patienten darauf hinzuweisen ist unsere Pflicht.

Mit der vor wenigen Tagen an Sie gerichteten E-Mail haben wir Ihnen eine erste Orientierung gegeben und die Informationen dienen als Entscheidungshilfe für die Praxen vor Ort.

Mark Barjenbruch, Vorstandsvorsitzender der KVN

Nicole Löhr, Vorstandin der KVN

Thorsten Schmidt, Stellv. Vorstandsvorsitzender der KVN

 **Nachrichten**

Gesundheitsreform: Schiefelage zu Lasten der ambulanten Versorgung

KVN-Chef Barjenbruch: „Die Umschichtungen in der Finanzierung ist ein reiner Verschiebebahnhof zulasten der Beitragszahler.“

Das Bundeskabinett hat Ende April ein Sparpaket für Milliarden-Entlastungen der gesetzlichen Krankenkassen auf den Weg gebracht. Die Gesetzespläne von Gesundheitsministerin Nina Warzen sollen Beitragserhöhungen verhindern. Die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (KVN) sieht eine Schiefelage zu Lasten der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten.

„Die geplanten Maßnahmen bedeuten neue Belastungen für die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Hier hat es leider keine Bewegungen gegeben, obwohl wir die Politik vor der Umsetzung der Gesetzespläne gewarnt haben“, sagte Mark Barjenbruch, Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN) in Hannover.

Besonders bemängelte Barjenbruch, dass der Staat nicht die vollen Kosten von rund zwölf Milliarden Euro für die Krankenversicherung der Bürgergeld-Empfänger übernimmt. „Das ist eine staatliche Aufgabe. Von den zwölf Milliarden, die er eigentlich finanzieren müsste, bezahlt er jetzt 250 Millionen – ein Tropfen auf den heißen Stein“, so der KVN-Vorstandsvorsitzende.

„Viel schlimmer ist allerdings der Taschenspielertrick der Bundesregierung. Auf der einen Seite werden die Kassen um 250 Millionen Euro aus Steuergeldern entlastet, auf der anderen Seite kürzt der Staat den Bundeszuschuss zur gesetzlichen Krankenversicherung um zwei Milliarden Euro. Wer soll so etwas verstehen“, sagte Barjenbruch. Die Umschichtungen in der Finanzierung ist ein reiner Verschiebebahnhof zulasten der Beitragszahler“, kritisierte der KVN-Chef.



Mark Barjenbruch,
Vorstandsvorsitzender
der KVN

GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz

Kürzungen in Milliardenhöhe für den ambulanten Bereich

Das Bundesministerium für Gesundheit plant nach dem Kabinettsbeschluss vom 29. April 2026 mit dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz tiefgreifende Eingriffe in das Gesundheitssystem, um die Finanzlage der gesetzlichen Krankenversicherung zu stabilisieren. Hintergrund ist eine strukturelle Finanzierungslücke von bis zu 40 Milliarden Euro bis zum Jahr 2030. Aus Sicht der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN) verfehlt der Gesetzentwurf sein Ziel: Die

Kürzungen betreffen überwiegend die Versorgung – vor allem in den Praxen der Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Und gefährdet damit unmittelbar die Patientenversorgung.

Das von der Bundesregierung beschlossene Sparpaket wird zu weniger Terminen und Leistungen für die Patienten führen. Für den KVN-Vorstand steht fest: Wenn das Gesetz mit seinen Einsparungen in dieser Höhe und all seinen technischen Unzulänglichkeiten so kommen sollte, wird dies deutlich spürbare Konsequenzen für die ambulante Versorgung haben. Die niedergelassenen Vertragsärztinnen und Vertragspsychotherapeuten haben dann keine andere Wahl, als ihre Arbeit an die noch schlechter werdenden finanziellen Rahmenbedingungen anzupassen.

Die Bundesregierung will in der ambulanten Versorgung im kommenden Jahr bundesweit ca. 2,7 Milliarden Euro einsparen, im Jahr 2030 rund 5,0 Milliarden Euro. Damit werden die Praxen stark belastet.

Vergütung wird für alle Leistungen gedeckelt

Die Ausgaben für die ambulante Versorgung werden strikt begrenzt. Dies gilt für alle Untersuchungen und Behandlungen – auch für solche, die aktuell extrabudgetär und damit ohne Mengengrenzung zum festen Preis bezahlt werden. Dazu zählen beispielsweise ambulante Operationen, Früherkennungsuntersuchungen und Impfungen, aber auch psychotherapeutische Leistungen. Auch sie werden gedeckelt und damit nur noch bis zu einer bestimmten Menge voll bezahlt. Die Entbugetierung der Hausärztinnen und Hausärzte sowie der Kinderärztinnen und Kinderärzte wird schon nach wenigen Monaten wieder beschnitten. Die Gesamtvergütung darf laut Gesetzentwurf nicht stärker steigen als die Lohn- und Einkommenszuwächse der Versicherten und damit der Einnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung. Dies bildet jedoch weder die tatsächlichen Kostensteigerungen in den Praxen noch den wachsenden Versorgungsbedarf ab. Hinzu kommt eine weitere Verschärfung: Für die Jahre 2027 bis 2029 wird die maßgebliche Veränderungsrate zusätzlich pauschal um einen Prozentpunkt abgesenkt. Die Vergütung wird damit bewusst unterhalb der Einnahmeentwicklung begrenzt.

Leistungen werden nicht mehr vergütet

Untersuchungen und Behandlungen von Patienten, die über die Terminservicestellen der 116117 online oder telefonisch zeitnah einen Termin bei einem Arzt oder Psychotherapeuten erhalten haben, sollen nicht mehr extrabudgetär bezahlt werden. Gestrichen werden außerdem die extrabudgetären Zuschläge, die ebenfalls mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz – kurz TSVG – als Anreiz eingeführt worden waren, damit Praxen zusätzliche Termine bereitstellen. Dies gilt auch für den Hausarztvermittlungsfall (einschließlich der Vermittlungspauschale für den Hausarzt) sowie für die offene Sprechstunde. Auf der Streichliste stehen unter anderem noch die Zuschläge für Kurzzeittherapien in der Psychotherapie, die Vergütung für die Beratung zur Organspende und für die elektronische Patientenakte. Das bedeutet im Ergebnis eine reale Kürzung der finanziellen Grundlagen der ambulanten Versorgung.

Was bedeutet das für Niedersachsen? Werden die geplanten Maßnahmen von der Politik umgesetzt, stünden ersten Berechnungen zufolge in Niedersachsen 380 Millionen Euro pro Jahr auf dem Spiel. Das bedeutet im Durchschnitt ein Honorarverlust von rund sieben bis acht Prozent pro Praxis. Der daraus resultierende Rückgang des Gewinns wird je nach Kostenanteil der Praxis deutlich höher ausfallen. Der Verlust wird von Arztgruppe zu Arztgruppe und von Praxis zu Praxis variieren, je nach dem, in welchem der „Sparbereiche“ der Leistungsfokus lag. Die Politik muss sich im Klaren darüber sein, dass diese Kürzungen sofort zu drastischen Einschnitten im Umfang der Versorgung führen werden.

Die Folge wird sein, dass mit weiter steigender Morbidität der Bevölkerung diese Leistungen nur noch quotiert vergütet werden können. Auch die bislang schon budgetierten Leistungen werden zusätzlich bei den jährlichen Vergütungsanpassungen global begrenzt. Dies wird die je nach Arztgruppe schon jetzt bestehenden unterschiedlichen Auszahlungsquoten noch weiter senken. Die vorgeschlagenen Maßnahmen würden den Praxen Finanzmittel in signifikantem Umfang entziehen.

In den vergangenen Jahren ist in Niedersachsen der relative Anteil der Kosten der ambulanten Behandlung in Arzt- und Psychotherapiepraxen an den Leistungsausgaben der Krankenkassen auf 16 Prozent gesunken. Diese ohnehin kostengünstige ambulante Versorgung soll nunmehr überproportional zu den Kosteneinsparungen im Gesundheitswesen herangezogen werden.

Praxen nicht kaputtsparen

KBV reagiert mit Praxenland-Kampagne auf die aktuelle politische Diskussion

Die heftige Kritik der KBV und der Kassenärztliche Vereinigungen am GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz wurde vom 27. April bis 8. Mai mit einer Kampagne im Berliner Regierungsviertel unter dem Motto „Praxen nicht kaputtsparen“ öffentlichkeitswirksam unterstrichen. Mit auffälligen Motiven und Headlines wie „Sparen wir uns sinnlose Rückschritte. Nicht Millionen Arzttermine.“ oder „Sparen wir uns Kürzungsdebatten. Nicht Patientengespräche.“ machte die Kampagne deutlich, dass dieses Gesetz die Versorgung krankspart und gefährdet.

Zum Einsatz kamen im Regierungsviertel neben Mega-Light-Plakatflächen und City-Lights-Postern auch ein LED-Truck sowie LED-Bikes, die die Botschaft aufmerksamkeitsstark vermittelten. Flankiert wurde die Plakat-Kampagne durch Anzeigen in politischen Newslettern und sozialen Medien sowie durch Audio-Spots.

Aktuelle Motive zum Ärztetag in Hannover zu sehen

Während des Deutschen Ärztetages in Hannover vom 12. bis 15. Mai werden die Motive ebenfalls breit sichtbar eingesetzt – unter anderem am Hauptbahnhof, an U-Bahnhöfen und rund um das Hannover Congress Centrum. www.praxenland.de



Notfallreform: Neue Strukturen sind personell und finanziell nicht realisierbar

Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen kritisiert Gesetzesvorlage

Die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (KVN) hat in Hannover den aktuellen Kabinettsentwurf zur geplanten Notfallreform scharf kritisiert. Der Entwurf sei unausgereift und drohe, neue Parallelstrukturen zu schaffen, ohne die bestehenden Probleme der Notfallversorgung durch echte Patientensteuerung grundsätzlich zu lösen. Besonders der vorgesehene 24-Stunden-Fahrdienst für Hausbesuche und eine telemedizinische Erstversorgung rund um die Uhr unter der Telefonnummer 116117 stoßen in Niedersachsen auf deutliche Ablehnung. Bislang war so etwas nur außerhalb der Sprechstundenzeiten der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte vorgeschrieben.



Thorsten Schmidt,
stellvertretender
Vorstandsvorsitzender
der KVN

Bislang war so etwas nur außerhalb der Sprechstundenzeiten der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte vorgeschrieben.

„Angesichts des Fachkräftemangels sind ein rund um die Uhr besetzter Fahrdienst in der Fläche und die telemedizinische Beratung nicht realisierbar“, sagte der stellvertretende Vorstandsvorsitzende der KVN, Thorsten Schmidt. „Uns stehen weder unbegrenzt Ärztinnen und Ärzte noch unbegrenzte Zeit zur Verfügung. Wer so etwas plant, ignoriert die Realität. Die Ärztinnen und Ärzte werden in ihren Praxen gebraucht“, so der KVN-Vize.

Flächendeckend im ganzen Land sind außerdem Integrierte Notfallzentren (INZ) in Kliniken geplant. Die Notaufnahme des Krankenhauses und eine KVN-Notdienstpraxis bilden das INZ. Hier müssen die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenhäuser verbindlich zusammenarbeiten. Dies soll über eine zentrale Ersteinschätzungsstelle (Tresen) geschehen, welche die Zuweisungen in die Versorgungsebene vornimmt.

„Aber wenn es im Vorfeld des Patientenbesuchs eines INZ keine verbindliche Steuerung gibt, ändert sich so gut wie nichts am Status Quo. Patientinnen und Patienten müssen verpflichtet werden, immer zuerst für eine Ersteinschätzung die 116117 anzurufen, sonst macht es keinen Sinn“, sagte Schmidt. „Zu normalen Sprechstundenzeiten sollen zusätzlich vertragsärztliche Kooperationspraxen an das INZ angebunden werden. Das bedeutet eine nicht zumutbare weitere Belastung für die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte. Ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte können keine ungesteuerte Akut-Versorgung leisten, ohne dass die Regelversorgung darunter leidet. Das ist personell nicht machbar, was auch der Bundesregierung klar sein sollte.“

Mark Barjenbruch, der KVN-Vorstandsvorsitzende weiter: „Einerseits will das Bundesgesundheitsministerium dem ambulanten Bereich in seinem sogenannten GKV-Stabilisierungsgesetz fast drei Milliarden Euro wegnehmen, andererseits bläht es in seiner Kabinettsvorlage einer Notfallreform das Leistungsversprechen in unzumutbarer Art und Weise auf. Dies ist ein Widerspruch in sich.“

„Niedersachsen verfügt über einen gut organisierten Bereitschaftsdienst, der eng mit Krankenhäusern und Notfallleitstellen kooperiert. Zu enge Bundesvorgaben sind eine echte Gefahr für diese etablierten und erst kürzlich erfolgreich eingeführten Strukturen“, warnte er. Wer die Notfallversorgung verbessern wolle, müsse an die tatsächlichen Bedingungen vor Ort anknüpfen. „Wir stehen für eine ehrliche Reformdiskussion bereit, aber sie muss sich an den Möglichkeiten vor Ort orientieren und nicht an Modellen“, machte Barjenbruch deutlich.

Positiv bewertet die KVN die engere digitale Vernetzung des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes mit den Rettungsleitstellen. Die Ersteinschätzung über die 116117 und die 112 soll nach gleichen Standards erfolgen, sodass die erhobenen Informationen austauschbar sind. „Dadurch können wir gemeinsam die Steuerung der Hilfesuchenden optimieren, die Abläufe beschleunigen und die Ressourcen gezielter einsetzen“, so Barjenbruch.

Neu ist im Kabinettsentwurf, dass die Ärztinnen und Ärzte in den Bereitschaftsdienstpraxen ein beschränktes Abgaberecht von Arzneimitteln für den akuten Bedarf erhalten sollen. „Ein guter Ansatz, der aber im Detail noch ausgearbeitet werden muss“, findet der KVN-Chef

„Mit der Ausweitung der Notfallstrukturen entsteht nicht nur personeller, sondern auch finanzieller Mehrbedarf. Die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) dürfen hinsichtlich personeller und finanzieller Ressourcen nicht einseitig belastet werden. Notfallmedizin ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die auch aus Steuermitteln zu finanzieren ist. Die bisherigen Strukturen für den kassenärztlichen Bereitschaftsdienst werden ausschließlich von den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten bezahlt. Das muss geändert werden“, forderte Barjenbruch.

Das Gesetz soll im Juli noch vor der Sommerpause erstmals im Bundestag beraten und Ende September verabschiedet werden.

Zi-Praxis-Panel „Krisen- und Katastrophenresilienz der vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Versorgung“

Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) untersucht noch bis 30. Juni erstmals die Krisen- und Katastrophenresilienz der vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Versorgung

Ziel ist es, den ambulanten Sektor stärker in den Blick zu rücken und zu analysieren, wie gut Praxen auf mögliche Krisensituationen - etwa Ausfälle von Energie- oder Telekommunikationsinfrastruktur - vorbereitet sind.

Die Erhebung erfasst unter anderem Aspekte wie Lagerhaltung, personelle Ressourcen sowie den Umgang mit kritischer Infrastruktur. Gleichzeitig sollen bestehende Lücken und Unterstützungsbedarfe identifiziert werden. Auf Basis der Ergebnisse werden Handlungsempfehlungen für das KV-System entwickelt, um die ambulante Versorgung künftig besser auf Krisen vorzubereiten und politische Prozesse, etwa im Kontext des geplanten Gesundheitssicherstellungsgesetzes, fachlich zu unterstützen.

Darüber hinaus erhebt das Zi auch weiterhin Daten zur wirtschaftlichen Lage und zu den Rahmenbedingungen in den Arzt- und Psychotherapiepraxen. Diese liefern eine wichtige Grundlage für Verhandlungen und tragen zur Transparenz in gesundheitspolitischen Debatten bei - insbesondere vor dem Hintergrund aktueller Sparmaßnahmen und Honorardiskussionen.

Die Teilnahme am Zi-Praxis-Panel ist 2026 besonders wichtig.

Angesprochen werden rund 70.000 Praxen bundesweit. Die Online-Befragung startete am 20. April. Das Panel wurde grundlegend überarbeitet, um den Aufwand für Teilnehmende deutlich zu reduzieren: Es werden weniger Daten abgefragt, Finanzangaben können direkt auf Basis des eigenen Jahresabschlusses erfolgen, der Zeitraum wurde auf zwei Jahre (2023 und 2024) verkürzt.

Teilnehmende erhalten eine Aufwandspauschale (180 Euro je Einzelpraxis, 240 Euro je Berufsausübungsgemeinschaft mit bis zu drei Inhabern und 280 Euro je mit mehr als drei Inhabern) sowie einen individuellen Praxisbericht. Der Datenschutz wird durch eine externe Treuhandstelle gewährleistet. Die Ergebnisse kommen nicht nur den Teilnehmenden zugute, sondern stärken die gesamte ambulante Versorgung und unterstützen auch den ärztlichen und psychotherapeutischen Nachwuchs.

Weitere Informationen und Zugang zur Befragung: www.zi-pp.de

Erhebungsende: 30. Juni 2026. Die Zi-Treuhandstelle dient als Ansprechpartnerin bei Fragen zum Zi-Praxis-Panel sowie zur Teilnahme an der Erhebung. Telefonisch ist die Zi-Treuhandstelle von Montag bis Donnerstag, jeweils von 8:00 bis 16:00 Uhr, sowie freitags von 8:00 bis 14:00 Uhr erreichbar unter 0800 4005 2444. Gerne steht die Zi-Treuhandstelle auch per E-Mail an kontakt@zi-ths.de für Rückfragen zur Verfügung.



Neue Info-Flyer für Opfer von Gewalttaten Niedersächsisches Gesundheitsministerium klärt über Leistungsansprüche auf

Betroffene von Gewalttaten - dazu gehören Körperverletzung, sexueller Missbrauch, Vergewaltigung, Tötungsdelikte - brauchen oft rasche psychotherapeutische Unterstützung. Um Gesundheitsstörung bzw. Chronifizierungen vermeiden zu können, bietet das Soziale Entschädigungsrecht (SGB XIV) neben Leistungen für Opfer von Gewalttaten auch eine psychotherapeutische Frühintervention.

Um Betroffene noch besser über die bestehenden Unterstützungsangebote und Leistungsansprüche zu informieren, hat das Land Niedersachsen neue Informationsflyer erstellen lassen. Beide Flyer sind auch online abrufbar und können jederzeit digital eingesehen oder weitergeleitet werden.

Beide Flyer zum Download finden Sie hier: https://www.ms.niedersachsen.de/startseite/soziales-inklusion/soziales/soziale_sicherung/hilfen_fur_opfer_von_gewalttaten/hilfen-fur-opfer-von-gewalttaten-13555.html



Neue KBV-PraxisInfo: Kind-Krank-Bescheinigung Hinweise und Beispiele zum Ausfüllen

Kann ein Elternteil aufgrund eines erkrankten Kindes nicht arbeiten, wird in der Regel eine ärztliche Bescheinigung (Formular 21) benötigt. Damit weisen Eltern gegenüber dem Arbeitgeber und der Krankenkasse nach, dass das Kind krank ist und betreut werden muss. Und das betreuende Elternteil beantragt damit das Kinderkrankengeld.

Im Juli 2024 wurde das Formular an mehreren Stellen angepasst. Aufgrund der zusätzlichen Ankreuzfelder für Unfälle und soziales Entschädigungsrecht (SER) bestehen zum Teil Unsicherheiten beim Ausfüllen. Diese neue PraxisInfo der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bietet hierzu Hinweise und praxisnahe Beispiele.

Alle Infos finden Sie hier: <https://www.kbv.de/praxis/tools-und-services/praxisnachrichten/2026/04-23/neue-praxisInfo-zur-bescheinigung-eines-erkrankten-kindes>

Leben schenken - Organspende meets Rock'n'Roll

Im Vorfeld des bundesweiten Tags der Organspende lädt die Ärztekammer Niedersachsen (ÄKN) am 5. Juni 2026 zu einer besonderen Veranstaltung in ihr Haus in Hannover ein. Unter dem Titel „Leben schenken – Organspende meets Rock'n'Roll“ bietet das Programm zwischen 14 und 17 Uhr in lockerer Atmosphäre nicht nur Informationen aus ärztlicher oder ethischer Sicht. Vielmehr kommen auch Transplantierte selbst zu Wort. Darüber hinaus haben Besucherinnen und Besucher der Veranstaltung die Möglichkeit, bei einem Themencafé mit den Referierenden ins Gespräch zu kommen.

[Weitere Informationen](#)

Neues kvn.magazin und neuer Podcast ab Mitte Mai

Im Magazin-Schwerpunkt geht es um das Thema Nachhaltigkeit in der Arztpraxis

Akute geopolitische Konflikte wie Kriege (Ukraine, Iran) und wirtschaftliche Krisen drängen Umweltfragen oft von der politischen Tagesordnung, obwohl der Klimawandel selbst als Verstärker für Konflikte wirkt und umgekehrt. Dabei ist die Diskussion über Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen längst nicht mehr nur ein Nischenthema und geht weit über die ökologische Dimension hinaus. Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen umfasst ökologische, wirtschaftliche und medizinische Aspekte.

Es geht beispielsweise darum, ressourcenschonende Prozesse in den Praxisalltag zu integrieren, den CO₂-Fußabdruck von Medikamenten zu reduzieren und den Einsatz von Einwegprodukten zu überdenken. Aber auch präventive Maßnahmen für die Menschen in unserem Land gehören zu einem nachhaltigen Gesundheitswesen. Über klimabedingte Gesundheitsbelastungen wie Hitzewellen oder zunehmende Allergien müssen die Bürgerinnen und Bürger frühzeitig aufgeklärt werden. Prävention spielt hier eine wesentliche Rolle.

„Ambulant relevant“ überall wo es Podcasts gibt

Dr. Klaus-Peter Schweiger, Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie aus Göttingen ist in der aktuellen Folge „ambulant relevant“, dem Podcast der KVN, zu Gast.

Seine Praxis ist für Nachhaltigkeit zertifiziert und er sieht Klimaschutz, Nachhaltigkeit und Klimaanpassung als Aufgabe und Verpflichtung. Schweiger stellt im Podcast sein Nachhaltigkeitskonzept vor, spricht über seine Bemühungen das Thema den Patientinnen und Patienten im Alltag näher zu bringen und informiert auch über seine Arbeit bei Health for Future. Dort engagieren sich Menschen aus dem Gesundheitswesen, um auf die Auswirkungen der planetaren Krise auf die Gesundheit aufmerksam zu machen und ein klimaneutrales und resilientes Gesundheitswesen zu schaffen.

Das aktuelle Magazin finden Sie ab Mitte Mai unter www.kvn-magazin.de. Hier finden Sie auch die neue Podcast-Episode - sowie überall wo es Podcasts gibt.



Die 6. Folge „ambulant relevant“ finden Sie überall wo es Podcasts gibt.

Die ePA ist da Reden wir drüber!

Die elektronische Patientenakte (ePA) ist inzwischen Teil der Versorgung. Doch wie wird sie in der Praxis genutzt? Wo bestehen Herausforderungen und Verbesserungsbedarfe?

Diesen Fragen geht das Forschungsprojekt „ePA4all“ der Charité Berlin nach. Ziel ist die praxisnahe Weiterentwicklung der ePA auf Basis realer Anwendungserfahrungen. Dafür sind insbesondere die Erfahrungen derjenigen entscheidend, die täglich mit ihr arbeiten.

Aktuell werden insbesondere noch Medizinische Fachangestellte (MFA) gesucht, deren Perspektive für die Optimierung der Abläufe von zentraler Bedeutung ist. Auch Hausärztinnen und Hausärzte sind zur Teilnahme eingeladen. Die Online-Befragung dauert etwa 25 Minuten, ist anonym und läuft bis zum 30. Juni 2026.

Neben der Möglichkeit, aktiv zur Verbesserung der ePA beizutragen, werden unter allen Teilnehmenden Wunschgutscheine im Wert von 25 Euro verlost.

https://befragung.charite.de/evasys/public/online/index/index?online_php=&p=epa-4&ONLINEID=94142712351284331090975135477448676784063



Abrechnung

Achtung: Neue Sammelerklärung verwenden!

Die Vertreterversammlung der KVN hat in ihrer Sitzung am 7. März 2026 eine neue Version der Sammelerklärung (SE) beschlossen. Sie finden diese auf unserer Internetseite unter [Quartalsabrechnung](#).

Sie ist **ab dem Abrechnungsquartal 2/2026 zu verwenden**.

Die neue SE ist deutlich kürzer als die vorherige Version. Nicht benötigte Punkte wurden entfernt, einige Punkte wurden durch Erklärungen ersetzt.

Lesen Sie die neue Version bitte ausführlich durch, füllen die noch benötigten Punkte aus, und reichen Sie das ausgefüllte Formular wie gewohnt mit Ihrer Quartalsabrechnung ein.

Zur Meldung von Abwesenheitszeiten und Vertretungen nutzen Sie bitte das eFormular, welches Sie im KVN-Portal im Bereich Formulare finden.

Ansprechpartner ist Ihr Abrechnungsteam und/oder das Team Mitgliederservice des Abrechnungszentrums, Telefon: 0511 380-4800, E-Mail: abrechnungszentrum@kvn.de

Kostenpauschale 86522 - Medikamentenangabe erforderlich

Die zum Anfang des Jahres eingeführte Kostenpauschale **GOP 86522** für die subkutane medikamentöse Tumorthherapie ist

- nur bei Verabreichung von mind. einem subkutan applizierten Tumorthapeutikum der **ATC-Klasse L01-Antineoplastische Mittel** und
- nur unter Angabe des verwendeten **Medikaments** (nicht des Wirkstoffs)

berechnungsfähig.

Der Eintrag für die Angabe des Medikaments erfolgt in Ihrer Praxissoftware in den **KVDT-Feldern 5002 oder 5009**.

Bitte geben Sie **keine** praxisspezifischen Abkürzungen, Bezeichnungen von Therapien sowie Behandlungs-Schemata an.

Bei fehlender/fehlerhafter Medikamentenangabe kann die abgerechnete Leistung in Ihrer Quartalsabrechnung **nicht** berücksichtigt werden.

Ansprechpartner ist Ihr Abrechnungsteam und/oder das Team Mitgliederservice des Abrechnungszentrums, Telefon: 0511 380-4800, E-Mail: abrechnungszentrum@kvn.de

 **Verordnung**

Sprechstundenbedarf - Importmöglichkeit von Miochol E (Wirkstoff Acetylcholinchlorid) bis 17. April 2026 verlängert

Aufgrund des weiterhin bestehenden Lieferengpasses bzw. der festgestellten Nicht-Lieferfähigkeit des Arzneimittels Miochol E (Wirkstoff Acetylcholinchlorid) wurde mit den Landesverbänden der Krankenkassen vereinbart, dass nach Rückfrage der Apotheken bei den Großhändlern, der befristete Import bis zum 17. April 2026 verlängert wird.

Verordnungseinschränkungen Lipidsenker - Anpassung der Anlage III der Arzneimittel-Richtlinie

Generell sind Lipidsenker von einer Verordnungsfähigkeit zu Lasten der GKV weitgehend ausgeschlossen. In der Anlage III Nummer 35 der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) sind die Fälle genannt, in denen Lipidsenker ausnahmsweise zu Lasten der GKV verordnungsfähig sind. Bei dem Punkt genetisch bestätigtem familiärem Chylomikronämie-Syndrom (FCS) wurde nun der Zusatz „und einem hohen Risiko für Pankreatitis“ mit Wirkung vom 9. April 2026 gestrichen.

Durch die Streichung wird klargestellt, dass Olezarsen verordnungsfähig ist, wenn die Voraussetzungen der AM-RL zutreffen.

Anlass für die Anpassung war der Markteintritt von Olezarsen, einem Orphan Drug für die Indikation FCS und ohne den entsprechenden Wortlaut in der Zulassung. Hintergrund ist, dass ein genetisch bestätigtes familiäres Chylomikronämie-Syndrom in der Regel ohnehin mit einem hohen Risiko für Pankreatitis einhergeht, weswegen sich ein solcher Hinweis in der Fachinformation erübrigt.

Den vollständigen G-BA-Beschluss finden Sie [hier](#)

Die Anlage III finden Sie [hier](#)

Anlage VIIa Arzneimittel-Richtlinie (Biosimilars)

Seit dem 1. April 2026 gelten für den Austausch von Biologika vergleichbare Regeln wie bei Generika. Damit haben Informationen über die Austauschbarkeit in den KVNachrichten an Relevanz verloren. Wir werden daher bis auf weiteres nicht mehr zur Anlage VIIa informieren.

Bei Biosimilars, die mit Bezug auf dasselbe Referenzarzneimittel die Zulassung erhalten haben, wird auf Grundlage der Prüfung von Qualität, Wirksamkeit und Sicherheit durch die Zulassungsbehörde grundsätzlich von einer therapeutischen Vergleichbarkeit ausgegangen.

Die Anlage VIIa der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) listet biotechnologisch hergestellte Wirkstoffe, zu denen es mindestens ein im Wesentlichen gleiches Nachahmerpräparat oder mehrere Referenzarzneimittel gibt. Sie bildet eine für die wirtschaftliche Verordnung durch Ärzte bzw. für eine wirtschaftliche Ersetzung in der Apotheke relevante Austauschbarkeit ab. Diese Übersicht hat jedoch einerseits keinen abschließenden Charakter, andererseits kann der Tabelle nicht entnommen werden, inwieweit die zugelassenen Anwendungsgebiete der einzelnen Präparate übereinstimmen.

Ärztliche Verordnungen dürfen nur innerhalb der Zulassung erfolgen. Für den nachgelagerten Austausch in der Apotheke muss gem. §40c AM-RL mindestens ein zugelassenes Anwendungsgebiet übereinstimmen.

Informationen zur wirtschaftlichen Verordnung biologischer Arzneimittel erhalten Sie anhand einer [Rezept-Info der gemeinsamen AG GKV / KVN Arzneimittel](#)

Informationen zum Aut-idem-Austausch bei Biologika finden Sie [hier](#)

Informationen des G-BA finden Sie [hier](#)

Die Anlage VIIa finden Sie [hier](#)

Neu: Gestatteter Off-Label-Use Platinderivate beim triple-negativen Mammakarzinom nach Anlage VI Arzneimittel-Richtlinie

Mit Wirkung vom 22. April 2026 wird Cisplatin/Carboplatin in der Off-Label Indikation „Patientinnen mit triple-negativem Mammakarzinom (TNBC) in frühen (eTNBC) und rezidivierten/metastasierten (mTNBC) Stadien“ als Ziffer XLI in Teil A der Anlage VI der Arzneimittel-Richtlinie übernommen und somit für die in der Anlage benannten Patientengruppen und Therapieschemata verordnungsfähig.

Ausführliche Informationen zu Dosierung und Behandlungsdauer finden Sie in der [Anlage VI unter Ziffer XLI](#).

Behandelnde Ärzte müssen über ausreichend Erfahrung in der Anwendung von Zytostatika verfügen.

Die folgenden pharmazeutischen Unternehmer haben für ihre Carboplatin- und/oder Cisplatin-haltigen Arzneimittel eine Anerkennung des bestimmungsgemäßen Gebrauchs abgegeben (Haftung des pharmazeutischen Unternehmers), sodass ihre Arzneimittel für die vorgenannte Off-Label-Indikation verordnungsfähig sind:

AqVida GmbH, BB Farma s.r.l, Bendalis GmbH, Hexal AG, Hikma Pharma GmbH, medac Gesellschaft für klinische Spezialpräparate m.b.H., onkovis GmbH, PUREN Pharma GmbH & Co. KG

Nicht verordnungsfähig sind in diesem Zusammenhang die Carboplatin- und/oder Cisplatin-haltigen Arzneimittel anderer pharmazeutischer Unternehmer, da diese keine entsprechende Erklärung abgegeben haben

Den entsprechenden G-BA-Beschluss finden Sie [hier](#)

Neu: Gestatteter Off-Label-Use nach Anlage VI Arzneimittel-Richtlinie - Sorafenib als Erhaltungstherapie nach allogener Stammzelltransplantation zur Behandlung von Erwachsenen mit akuter myeloischer Leukämie (AML) und einer FLT3-ITD-Mutation

Mit Wirkung vom 10. März 2026 wird Sorafenib als Erhaltungstherapie nach allogener Stammzelltransplantation zur Behandlung von Erwachsenen mit akuter myeloischer Leukämie (AML) und einer FLT3-ITD-Mutation unter Ziffer XLII in Teil A der Anlage VI der Arzneimittel-Richtlinie übernommen und somit für die in der Anlage benannten Patientengruppen und Therapieschemata verordnungsfähig.

Behandlungsziel ist die Verhinderung eines AML-Rezidivs nach allo-HSCT, verlängertes Rückfall-freies Überleben (RFS) und ein verbessertes Gesamtüberleben.

Ausführliche Informationen zu Dosierung und Behandlungsdauer finden Sie in der [Anlage VI unter Ziffer XLII](#)

Die folgenden pharmazeutischen Unternehmer haben für ihre Sorafenib-haltigen Arzneimittel eine Anerkennung des bestimmungsgemäßen Gebrauchs abgegeben (Haftung des pharmazeutischen Unternehmers), sodass ihre Arzneimittel für die vorgenannte Off-Label-Indikation verordnungsfähig sind: Bayer Vital GmbH, betapharm Arzneimittel GmbH, Hexal AG, Mylan Germany GmbH (a Viartis Company), Orifarm GmbH, ratiopharm GmbH, Zentiva Pharma GmbH.

Nicht verordnungsfähig sind in diesem Zusammenhang die Sorafenib-haltigen Arzneimittel anderer pharmazeutischer Unternehmer, da diese keine entsprechende Erklärung abgegeben haben.

Den entsprechenden G-BA-Beschluss finden Sie [hier](#)



Allgemeine Hinweise

Pneumokokken-Indikationsimpfung für Kinder und Jugendliche mit 20-valentem Pneumokokken-Konjugatimpfstoff (PCV 20)

Kinder und Jugendliche im Alter von 2 bis 17 Jahren mit erhöhtem Risiko für schwere Pneumokokken-Erkrankungen haben Anspruch auf eine Impfung mit einem 20-valentem Pneumokokken-Konjugatimpfstoff (PCV 20). Die Anwendung des 23-valenten Pneumokokken-Polysaccharidimpfstoffs (PPSV23) alleine oder im Rahmen eines sequenziellen Impfschemas wird nicht mehr empfohlen. Ein entsprechender Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur Änderung der SI-RL ist am 14. April 2026 in Kraft getreten.

Hinweise zur Impfung

- Ungeimpfte Kinder und Jugendliche mit Risikofaktoren sollen eine Impfung mit PCV20 erhalten.
- Kinder und Jugendliche, die eine Impfstoffdosis mit PCV13 oder PCV15 erhalten haben, wird eine Impfung mit PCV20 in einem Abstand von 1 Jahr zur vorherigen Impfung mit PCV13 oder PCV15 empfohlen.
- Kinder und Jugendliche, die bereits die sequenzielle Impfung (PCV13 oder PCV15 + PPSV23) oder eine einzelne PPSV23-Impfung erhalten haben, sollen in einem Abstand von 6 Jahren nach der PPSV23-Impfung, eine Impfung mit PCV20 erhalten. Bei einer ausgeprägten Immunschwäche ist eine Impfung bereits im Abstand von 1 Jahr möglich.
- Zur Notwendigkeit von Wiederholungsimpfungen nach der Impfung mit PCV20 gibt es derzeit noch keine Empfehlung.

COVID-19-Impfstoff Nuvaxovid JN.1 nur noch bis zum 30. April 2026 verwenden

Aufgrund des Ablaufs der Haltbarkeitsdauer steht der COVID-19-Impfstoff Nuvaxovid JN.1 ab 1. Mai 2026 in Deutschland nicht mehr zur Verfügung.

Eine Verwendung des Impfstoffs ist über dieses Datum hinaus nicht möglich. Falls dann noch Dosen des Impfstoffs in Arztpraxen vorhanden sind, sind diese fachgerecht zu entsorgen.

Verwendung der Vordrucke der gesetzlichen Krankenversicherung

Wir möchten nochmals daran erinnern, dass die Vordrucke gemäß der Vordruckvereinbarung (Anlage 2 BMV-Ä) ausschließlich für Patienten der GKV zu nutzen sind und nicht für den privatärztlichen Bereich verwendet werden dürfen.

DMP-Datenannahmestelle DAVASO firmiert in IQVIA Health System Services

Bei der DAVASO GmbH hat eine Umbenennung in die IQVIA Health System Services GmbH stattgefunden. Hieraus resultiert die Anpassung der E-Mail-Adresse.

Die neue E-Mail-Adresse lautet: dmp-nds@iqvia-hss.de. Die bisherige KIM-Adresse bleibt vorerst bestehen.

Es handelt sich um eine rein technische Umstellung der Adressen im Zuge der Namensänderung. Es ergeben sich keine Änderungen im bisherigen Verfahren.

Aktuelle Information TI-Verschlüsselungs-algorithmen Umstellung von RSA auf ECC: Frist für Austausch von Arzt- und Praxisausweisen bis Juni 2026 verlängert - kein Aufschub für ältere Konnektoren

Erneute Fristverlängerung für Security Module Cards

Hintergrund

Die TI sowie deren Anwendungen basieren sicherheitstechnisch auf Verschlüsselungsverfahren. Zum 31. Dezember 2025, stand ein grundsätzlicher Austausch dieser Verschlüsselungsverfahren von RSA (Rivest-Shamir-Adleman) hin zu ECC (Elliptic Curve Cryptography) an. Die Migration stellt einen bedeutenden Fortschritt in der Weiterentwicklung der Systeme dar, mit dem Ziel, die Sicherheit und Effizienz zu verbessern.

Vor dem Hintergrund der hohen Anzahl noch zu tauschender Karten hat sich die KBV erfolgreich für eine Übergangslösung eingesetzt, um die Gesundheitsversorgung in Deutschland ohne Beeinträchtigungen über den 1. Januar 2026 gewährleisten zu können.

Da bis zum 30. Juni 2026 voraussichtlich nicht alle Konnektoren rechtzeitig auf die PTV6-Version umgestellt werden, weist die gematik auf Änderungen bezüglich Security Module Cards hin:

Komponente	Frist für den Austausch
Heilberufsausweis (eHBA)	Übergangslösung bis zum 30. Juni 2026
Security Module Card (SMC-B auch Praxis- oder Institutionsausweis)	Übergangslösung bis zum 30. Juni 2026. Ab dem 1. Juli 2026 KANN und spätestens ab dem 1. Oktober 2026 MUSS eine SMC-B „ECC-only“ personalisiert werden.
Security Module Card Kartenterminal (gSMC-KT)	Bis einschließlich 30. Juni 2026 muss eine gSMC-KT G2.1 dual personalisiert werden. Ab dem 1. Juli 2026 KANN und spätestens ab dem 1. Oktober 2026 MUSS eine gSMC-KT „ECC-only“ personalisiert werden.

Bitte prüfen Sie frühzeitig, welche Komponenten in Ihrer Praxis von der Umstellung betroffen sind, und stellen Sie sicher, dass diese rechtzeitig auf das neue, leistungsfähigere ECC-Verschlüsselungsverfahren (ECC-only) umgestellt werden. Nur so kann ein reibungsloser und sicherer Betrieb über den 30. Juni bzw. 30. September 2026 hinaus sichergestellt werden.

Austauschaktionen

Um alle betroffenen Nutzerinnen und Nutzer rechtzeitig mit neuen Karten zu versorgen, führen die Kartenhersteller seit Juni 2025 Austauschaktionen durch. Ziel ist es, betroffene Praxen frühzeitig anzusprechen und auf einen Austausch der Security Modul Card (SMC-B) oder dem elektronischen Heilberufsausweis (eHBA) aufmerksam zu machen. Weitere Informationen stellen auch IT-Dienstleister für Konnektoren, Praxisverwaltungssysteme (PVS) und Kartenterminals bereit.

Bitte beachten Sie, dass sich die aktuell stattfindenden Austauschprozesse über mehrere Wochen erstrecken können. Ausweise, die auf dem Verschlüsselungsverfahren RSA basieren, dürfen nach dem 30. Juni bzw. 30. September 2026 nicht mehr eingesetzt werden, unabhängig von dem auf der Karte ausgewiesenen Gültigkeitsdatum.

Kooperationsanfragen an Mitglieder

Die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (KVN) erhält häufig Kooperationsanfragen von Institutionen im deutschen Gesundheitswesen und Universitäten. In der Regel geht es dabei um Online-Befragungen oder Informationen über bestimmte Diagnosen und Behandlungsmethoden.

[Diese Kooperationsanfragen finden Sie auf unserer Internetseite.](#)



Veranstaltungen

Unser komplettes Seminarangebot und welche Angebote für Ihre Praxis und die MitarbeiterInnen am besten geeignet sind, finden Sie auf unserer Internetseite . Dort können Sie sich [direkt online anmelden](#). Wenn ein Seminar interessant ist, gelangt man mit nur einem Klick auf den Titel zum Seminar und erhält dort alle weiteren Informationen .

Mittwoch, 3. Juni 2026

- [Praxisbegehungen durch das Gewerbeaufsichtsamt](#) (WebSeminar)
- [Honorarbescheid - lesen und verstehen für Fachärzte und Fachärztinnen](#) (WebSeminar)
- [Honorarbescheid - lesen und verstehen für Hausärzte und Kinderärzte](#) (WebSeminar)
- [Honorarbescheid - lesen und verstehen für Psychotherapeuten](#) (WebSeminar)
- [Moderne Wundversorgung](#) (WebSeminar)
- [Niederlassungsseminar Modul II „Meine eigene Praxis - So gelingt Ihr Start“](#) (WebSeminar)
- [Update Digitalisierung: Digitale Identitäten](#) (WebSeminar)

Samstag, 6. Juni 2026

- [QEP®-Starterseminar](#) (WebSeminar)

Mittwoch, 10. Juni 2026

- [Arzneimitteltherapiesicherheit - AMTS](#) (Hannover)
- [Gefährdungsbeurteilung für die Arztpraxis - so vermeiden Sie Risiken und Nebenwirkungen](#) (WebSeminar)
- [Sprechstundenbedarf](#) (WebSeminar)

Samstag, 13. Juni 2026

- [Arbeitsschutz in der Arztpraxis](#) (WebSeminar)

Dienstag, 16. Juni 2026

- [Personalführung für PraxismitarbeiterIn](#) (WebSeminar)

Mittwoch, 17. Juni 2026

- [Abrechnung und Verordnung](#) (WebSeminar)
- [Abrechnungsgeschehen im Überblick für MFA](#) (WebSeminar)
- [Heilmittelverordnung in Theorie und Praxis für Fortgeschrittene \(Ärzte m/w/d\)](#) (Hannover)
- [Deeskalationstraining in der Arztpraxis - Professioneller Umgang mit schwierigen Situationen](#) (WebSeminar)
- [Meine Zukunft planen - Impulse für Ihre Praxisabgabe](#) (WebSeminar)

Donnerstag, 18. Juni 2026

- [Patientenbeschwerden: Strategien für den Praxisalltag](#) (WebSeminar)
- [Neue PraxismitarbeiterIn professionell einarbeiten](#) (WebSeminar)

Freitag, 19. Juni 2026

- [Qualitätszirkel Moderatorengrundausbildung \(2-tägig\)](#) (Hannover)

Mittwoch, 24. Juni 2026

- [Schutzimpfungen und Sprechstundenbedarf \(SSB\)](#) (Lüneburg)
- [Praxisbegehungen durch das Gesundheitsamt](#) (Hannover)
- [Kurze Wartezeiten – Gutes Terminsystem](#) (WebSeminar)
- [Die digitale Arztpraxis](#) (WebSeminar)
- [Abrechnungsgeschehen im Überblick für MFA](#) (WebSeminar)
- [Meine Praxiskooperation – Was ist möglich mit BAG, Anstellung, MVZ & Co.](#) (WebSeminar)
- [Update Digitalisierung: IT Sicherheit und CyberSecurity](#) (WebSeminar)

Donnerstag, 25. Juni 2026

- [PraxismanagerIn Arbeitsgruppe](#) (WebSeminar)
- [Hygiene in der Arztpraxis](#) (WebSeminar)



Ausschreibungen für Nachfolgezulassungen in gesperrten Planungsbereichen

Die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (KVN) schreibt hiermit folgende Vertragsarzt-/Vertragsärztinnen-/Vertragspsychotherapeuten-/Vertragspsychotherapeutinnensitze aus:

Die Ausschreibungen für Nachfolgezulassungen im Monat Mai 2026 finden Sie [hier](#).

Oder Sie besuchen unsere [Internetseite](#)

Förderung für die Besetzung von Vertragsarztsitzen nach der Strukturfonds-Richtlinie der KVN

Für die Besetzung eines Rheumatologensitzes in der/den nachfolgend genannten Gemeinde(n) wird ein Investitionskostenzuschuss von bis zu 50.000 Euro gewährt:

Die Förderungen finden Sie [hier](#).

Oder Sie besuchen unsere [Internetseite](#)

Anlage 1 zur Sprechstundenbedarfs- Vereinbarung ab 1. Juli 2026

Gem. §14 Abs. 2 ihrer Satzung gibt die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (KVN) bekannt, dass folgende Vereinbarung(en) im Internet unter <https://www.kvn.de/Amtliche+Bekanntmachungen.html> veröffentlicht sind:

[Anlage 1 zur Sprechstundenbedarfs-Vereinbarung ab 1. Juli 2026](#)

Auf Anforderung wird der Text der Vereinbarung in Papierform zur Verfügung gestellt.

Hannover, den 24. April 2026
gez. Hippler

Impressum

KVNBachrichten

Das Rundschreiben der
Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen
1. Jahrgang, Nr. 05/2026

Herausgeber:

Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen
Berliner Allee 22, 30175 Hannover

Redaktionsausschuss:

Mark Barjenbruch, Thorsten Schmidt, Nicole Löhrl,
Dr. Eckart Lummert, Dr. Ludwig Grau

Redaktion:

Detlef Haffke (v.i.S.d.P.), Lars Menz,
Michael Abhauer, Sandra Meyer

Anschrift der Redaktion:

Berliner Allee 22, 30175 Hannover
pressestelle@kvn.de
www.kvn.de

Bildnachweis

S. 1 oben: KBV; S. 1 unten links: Müller, S. 1 unten rechts: Niedersächsisches Gesundheitsministerium; S. 3/4/6 Müller; S. 6 Abbildung KBV, S. 9 Abbildung Niedersächsisches Gesundheitsministerium; S. 10: Menz

Mai Ausgabe 2026 veröffentlicht am 11. Mai 2026

Monatliches Mitteilungsorgan der KVN
mit Berichten aus der Selbstverwaltung
und aktuellen Hinweisen zur Praxisführung

KVNAchrichten

Das Rundschreiben der Kassenärztlichen
Vereinigung Niedersachsen

04/2026



Ausgezeichnete Gesundheit. Beispiele exelenter Versorgung. - **Seite 12**

KVN-Vorständin Löhr mahnt. Praxisverwaltungssystem müssen sicherer werden. - **Seite 6**

Psychotherapeutenhonorare. Kürzung völlig unverständlich. - **Seite 5**

Inhalt – KVNachrichten 04/2026



Editorial



Nachrichten

Die Sparpläne der Expertenkommission „Gesundheit“	5
Wartezeit auf Arzttermine wird sich verlängern	8
KBV klagt	10
KVN: Um Patientendaten effektiv zu schützen, müssen Praxisverwaltungssysteme sicherer werden	11
Ausgezeichnete Gesundheit	12
Prävention und Früherkennung	13



ATIS informiert

Ungewöhnliche allergische Reaktionen und Nocebo-Effekte sowie Aspekte der Nutzen- Risiko-Bewertung von Spasmolytika	14
--	----



Abrechnung

QS-Verfahren Wundinfektionen: Streichung des Zuschlags für die jährliche Einrichtungsbefragung	16
Neue Leistungen: Lungenkrebs-Früherkennung mittels Niedrigdosis- Computertomographie ab 1. April vertragsärztliche Leistung	16
Erweitertes Neugeborenen-Screening: Bewertungsausschuss passt EBM zum 1. April an	18
Erweiterter Bewertungsausschuss senkt Bewertungen psychotherapeutischer Leistungen – Einigung zur Versorgungspauschale	19



Verordnung

SSB Arzneiliefervertrag Apotheken	24
RSV-Prophylaxe mit Nirsevumab und Palivizumab / korrekter Verordnungsweg	24
Elektronische Verordnung Digitaler Gesundheitsanwendungen (DiGA) startet freiwillig	24
Sprechstundenbedarf - Import von Xylocain Gel 2% bis zum 30. April 2026 gestattet ..	25
Änderung der Anlage V (verordnungsfähige Medizinprodukte) der Arzneimittel-Richtlinie - Verlängerung der Befristung	25
Neufassung des Wirtschaftlichkeitsziels preisgünstiges Leuprorelin	26
Erneute Aktualisierung – Wirtschaftlichkeitsziel preisgünstiges biosimilares Denosumab	26
Anpassung innerhalb des Wirtschaftlichkeitsziels preisg. biosim. TNF-alpha- und IL-Rezeptor-Inhibitoren	27
Lyvelzi® (Seladelpar) als bundesweite Praxisbesonderheit anerkannt.	27



Allgemeine Hinweise

Aktualisierung der Technischen Regeln für Biologische Arbeitsstoffe -Biologische Arbeitsstoffe im Gesundheitsdienst und in der Wohlfahrtspflege (TRBA 250)	29
Kostenträger Region Hannover: AsylbLG-Berechtigte überweisen	29
Versicherteninformation zur Lungenkrebsfrüherkennung mittels Niedrigdosis-Computertomographie bei starken Rauchern beschlossen.	29
Bestellverfahren für COVID-19-Impfstoff wird voraussichtlich zur Impfsaison 2026/2027 umgestellt	30
Techniker Krankenkasse (TK) - Besondere Versorgung zur frühzeitigen Diagnostik und Be- handlung von Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus: Gesundheits- und Ernährungsberatung mit Oska-Plus	30
Versorgungsprogramm BKK Rheuma endet am 30. Juni 2026	31
Kooperationsanfragen an Mitglieder.	31



Veranstaltungen



Amtliches

Ausschreibungen für Nachfolgezulassungen in gesperrten Planungsbereichen	33
Nachtrag 21 zur Satzung der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen	33

 **Editorial**

Liebe Leserinnen und Leser,

mit ihrem Vorschlag, die Vergütungsregelungen des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) ersatzlos zu streichen sowie Vergütungsanstiege global zu begrenzen, sorgt die Finanzkommission Gesundheit für den Wegfall von Millionen Arztterminen. Den niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen wird nichts anderes übrigbleiben als ihre Leistungen und Terminvergaben den ohnehin zu knappen und – sofern Politik den Vorschlag umsetzen wird – dann noch weiter reduzierten Finanzmitteln anzupassen. Schon heute gehen über 40 Millionen fachärztliche Termine bundesweit ‚aufs Haus‘, werden also nicht vergütet. Es kann niemand ernsthaft davon ausgehen, dass das so nun einfach weiterlaufen wird. Die Patientinnen und Patienten glauben das jedenfalls nicht. Sie wissen die Arbeit der Niedergelassenen wertzuschätzen. Vor allen Dingen sprechen sie sich klar und unmissverständlich für den Schutz der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung in Praxen aus. So hat erst kürzlich eine bundesweite Befragung des Meinungsforschungsinstituts Civey im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung unter 5.000 Bürgerinnen und Bürgern ab 18 Jahren ergeben, dass es in der Bevölkerung mit 90 Prozent eine klar ausgeprägte Ablehnung von Kürzungen von Mitteln für die ambulante Versorgung gibt. Die ablehnende Haltung gegenüber den Kürzungen zieht sich konsistent durch fast alle Wählergruppen und ist in sämtlichen Bundesländern gleichermaßen stark ausgeprägt.

In den Praxen finden 97 Prozent der medizinischen Versorgung statt, ein klares Zeichen der ambulanten Leistungsfähigkeit. Politik sollte sich also genau überlegen, ob sie wirklich die wenigen Anreize für Praxen, noch mehr Termine zu schaffen, streichen will. Das muss sie dann auch ihren Wählerinnen und Wählern gegenüber vertreten und rechtfertigen.

Dr. Andreas Gassen

Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV)





Die Sparpläne der Expertenkommission „Gesundheit“ Was kommt auf die Niedergelassenen zu

Was hinter den Kulissen bereits getuschelt wurde, hat sich am 30. März bewahrheitet: Die von Bundesgesundheitsministerin Nina Warken (CDU) eingesetzte Expertenkommission empfiehlt der Bundesregierung dringend, den Rotstift beim Ärztehonorar anzusetzen: Unter anderem sollen die Vergütungsregelungen aus dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) zurückgenommen werden. Aber das ist nur ein Aspekt aus dem 483 Seiten langen Empfehlungspapier.

Die Kommission legte in Berlin ihren ersten Bericht vor, der Grundlage für anstehende politische Reformen sein soll, mit denen die Regierung die GKV-Ausgaben bremsen will. Die Sparvorschläge betreffen auch die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Im Kapitel zur ambulanten Versorgung empfehlen die Wissenschaftler der Kommission eine „vollständige Abschaffung der Vergütungsregelungen für TSVG-Konstellationen“.

Dies gilt aber nur für die extrabudgetäre Vergütung. „Die nicht monetären Instrumente des TSVG, insbesondere die offene Sprechstunde und die Terminvermittlung über die TerminServicestelle (TSS), sollten unabhängig davon fortgeführt werden. Beides hätte versorgungspraktischen Nutzen. Zur Begründung führen die Kommissionsmitglieder an, dass die entbudgetierten Honorare beim Hausarztvermittlungsfall und der früheren Neupatientenregelung nur mehr Geld gekostet hätten – die Wartezeit auf Termine habe sich aber nicht verändert. Hier soll, so die Wissenschaftler, das Einsparvolumen bundesweit bei 1,3 Milliarden Euro liegen.

Nach Abschaffung der Vergütungsregelungen für Terminvermittlungen und der insbesondere mit den Zuschlägen verbundenen finanziellen Anreize werde zwar erwartet, dass die dokumentierten Vermittlungsfälle grundsätzlich zurückgehen. Aber: „Da mit den zusätzlichen Vergütungen für TSVG-Fälle keine Reduktion der Wartezeiten beobachtet werden konnte, wird nicht damit gerechnet, dass der Vorschlag für GKV-Versicherte für diese allgemeinfachärztlichen Behandlungen zu (relativ) höheren Wartezeiten führen wird.“ Der vollständige Wegfall der TSVG-Konstellationen führe vielmehr zu einer „Vereinfachung der Abrechnungen für die Leistungserbringer“, da keine Unterscheidung der Patienten nach dem Zugangsweg mehr notwendig sei.

Morbiditätsorientierte Gesamtvergütung (MGV)

Die Kommission empfiehlt weiterhin, die Morbiditätsorientierte Gesamtvergütung (MGV) „um diejenigen Leistungen zu bereinigen, die im Rahmen von TSVG-Konstellationen extrabudgetär vergütet werden“. Auf diese Weise werde die Doppelfinanzierung ärztlicher Leistungen verhindert. Strengere Berechnungen fordern die Wissenschaftler auch bei der Berechnung der Entbudgetierungsregelungen für die Kinder- und Jugendärzte.

Hautkrebs-Früherkennung/Katarakt-OP

Auch bei der Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs soll gespart werden. Es ließen sich „keine Rückschlüsse auf das Erreichen des Ziels der gesenkten Krankheitslast“ ziehen. Der G-BA müsse die Lage innerhalb einer zweijährigen Frist neu bewerten, in der das Screening erst einmal ausgesetzt werde.

Auch empfehlen die Wissenschaftler eine Absenkung der Vergütung für Katarakt-OP um 20 bis 40 Prozent. Die Vergütung sei dort in der Vergangenheit bewusst hoch angesetzt worden, um den Eingriff für die ambulante Schiene attraktiv zu machen. Inzwischen liege der Ambulantisierungsgrad aber bei 90 Prozent – und ein Anreiz sei nicht mehr nötig.

Pauschalen zur Förderung der fachärztlichen Grundversorgung

Die Pauschalen zur Förderung der fachärztlichen Grundversorgung (PFG) stehen ebenfalls auf dem Prüfstand. Dies sei eine Zuschlagszahlung, der praktisch keine zusätzliche Leistung gegenüberstehe. „Zuschlagszahlungen im solidarisch finanzierten System sollten grundsätzlich an klar definierte Leistungen oder nachweisbare Versorgungsziele gebunden sein. Vor dem Hintergrund der fraglichen Lenkungswirkung und des potenziellen Mitnahmeeffekts empfiehlt die Kommission die Rücknahme der PFG.“

Extrabudgetäre Gesamtvergütung (EGV)

Nach Willen der Kommission soll es künftig eine stärkere Kontrolle des Wachstums der extrabudgetären Gesamtvergütung (EGV) geben. „Vor dem Hintergrund der erheblichen Mengen- und Ausgabensteigerungen im Bereich der EGV empfiehlt die Kommission eine gesetzliche Begrenzung des Ausgabenwachstums.“ Die Ausgabenbegrenzung soll so lange gelten, bis eine neue Systematik erarbeitet worden sei, die bessere Kalkulationen zulasse.

Erstbefüllung ePA

Sparkurs auch beim Honorar zur Erstbefüllung der ePA: „Vor dem Hintergrund der flächendeckenden Einführung der ePA und der Möglichkeiten technischer Automatisierung empfiehlt die Kommission die Rücknahme der Vergütung der Erstbefüllung und Aktualisierung der ePA ab dem 1. Januar 2027. Zwei Jahre nach Einführung der ePA erscheine eine monetäre Unterstützung für die (Erst)Befüllung nicht mehr erforderlich.“

Hygienezuschläge

Die Hygienezuschläge – so die Kommission – seien „ohne gesetzlichen Auftrag“ in der Pandemiezeit vom Erweiterten Bewertungsausschuss beschlossen worden. Für alle Fachgebiete könne seitdem für jeden Behandlungsfall mit persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt ein Zuschlag in Höhe von 2 Punkten (EBM) berechnet werden. Bei der Entwicklung des normalen Orientierungswerts im EBM würden Hygieneaufwände aber schon automatisch in den Praxiskosten berücksichtigt. Daher gebe es nun eine Doppelfinanzierung. „Vor dem Hintergrund der Doppelfinanzierung durch die Berücksichtigung von Aufwendungen für die Praxishygiene in den Kostenstrukturerhebungen empfiehlt die Kommission die Rücknahme der Hygienezuschläge.“

Die Kommission empfiehlt auch die Streichung der Kostenübernahme für homöopathische Leistungen. „Der Wettbewerb der Krankenkassen sollte nicht auf Kosten des Wirtschaftlichkeitsgebots nach § 12 Absatz 1 SGB V ausgetragen werden“, heißt es dazu.

Unnötige Laboruntersuchungen etwa im Rahmen des Gesundheits-Check-ups sind zu reduzieren. Obligatorische Zweitmeinungsverfahren für planbare, mengensensible Eingriffe sollen schrittweise eingeführt werden, beginnend beim künstlichen Kniegelenk.

Primärversorgung

Darüber hinaus geht die Kommission auch auf die geplante Einführung eines Primärversorgungssystems ein, wenn auch nur am Rande. So nennt sie in diesem Zusammenhang ebenfalls die „nicht monetären Instrumente des TSVG“ wie die offene Sprechstunde und die Terminvermittlung über die Terminservicestellen. Deren zukünftige Rolle solle im Zuge der Einführung eines Primärversorgungssystems „überprüft und gegebenenfalls neu geregelt werden“.

Im Rahmen der Diskussion darüber, wie die Primärversorgung ausgestaltet werden sollte, ist auch die Rede von einer möglichen Straf- oder Kontaktgebühr für Patientinnen und Patienten. Diese soll fällig werden, wenn sie sich nicht an den vorgegebenen Behandlungspfad halten und beispielsweise auf Eigeninitiative eine Facharztpraxis oder die Notfallambulanz aufsuchen. Eine Kontaktgebühr könnte „im Sinne eines Instruments der finanziellen Patientensteuerung insbesondere dann Wirkung entfalten, wenn sie an eine unkoordinierte Inanspruchnahme gekoppelt ist, etwa an den unmittelbaren Zugang zu spezialisierten Leistungen ohne vorgelagerte Untersuchung zum Beispiel durch einen Hausarzt“, schreibt das Gremium. Somit würde sie einen An-

reiz für Patientinnen und Patienten darstellen, einen koordinierten Versorgungspfad zu nutzen, was wiederum eine bedarfsgerechte Inanspruchnahme fördere. „Je stärker das Instrument in ein System strukturierter Versorgung eingebettet ist, desto eher wird es als Steuerungsanreiz interpretiert; je pauschaler es wirkt, desto stärker treten mögliche Limitierungen des Zugangs und Akzeptanzfragen in den Vordergrund“, so die Kommission.

Einsparvolumen von über 42 Milliarden Euro

Das rechnerische Einsparvolumen beläuft sich nach Berechnungen der Kommission insgesamt auf 42,3 Milliarden Euro im Jahr 2027 und 63,9 Milliarden Euro im Jahr 2030. Das Ziel: Die gesetzliche Krankenversicherung soll künftig wieder stärker nach Kassenlage gesteuert werden. Oder, wie es Kommissionschef Prof. Wolfgang Greiner formulierte: Es brauche die „Rückkehr zu einer einnahmenorientierten Ausgabenpolitik“.

Nach Berechnungen der Kommission klafft in der GKV 2027 eine Finanzierungslücke von 15,3 Milliarden Euro. Bis 2030 könnte sie auf 40,4 Milliarden Euro anwachsen. Gesundheitsministerin Nina Warken sprach deshalb von einem „wichtigen Zwischenziel auf dem Weg zu einem bezahlbaren und zukunftsfesten Gesundheitssystem in Deutschland“. Die Ausgaben stiegen „doppelt so schnell wie die Einnahmen“.

Vertragsärzte im Zentrum mehrerer Sparideen

Bei den Vertragsärztinnen und Vertragsärzten beobachtete die Kommission „einen ähnlichen Trend, nämlich dass neben der eigentlichen Vergütungssystematik immer mehr Zuschläge gezahlt werden, die in ihrer Menge nicht begrenzt sind“. Zusätzlich würden Arztgruppen „zunehmend entbudgetiert“, sagte sie mit Blick auf die Haus- und Kinderärzte. Deshalb empfehle die Kommission, „dass die Zuschläge und zusätzlichen Vergütungen zurückgenommen werden, die 2019 mit dem Ziel eingeführt wurden, den Zugang zu Fachärzten zu verbessern“.

Künftige Vergütungsanstiege sollen nicht mehr stärker wachsen dürfen als die Grundlohnrate und der nachgewiesene Kostenanstieg. Allein diese globale Begrenzung der Vergütungsanstiege bezifferte Greiner für 2027 auf 5,5 Milliarden Euro. Das ist einer der größten Einzelposten im gesamten Bericht.

Neben der Vergütungsfrage zieht sich ein zweites Prinzip durch den Bericht: Die Solidargemeinschaft soll nur noch Leistungen finanzieren, die einen belegten Nutzen haben. Prof. Ferdinand Gerlach brachte das auf den Punkt: „Wir wollen nur das finanzieren, was auch Nutzen bringt, Stichwort evidenzbasierte Medizin.“

Auch mehr Belastung für Patienten

Nicht nur Ärztinnen und Ärzte auch Versicherte sollen stärker zur Kasse gebeten werden. Die Wissenschaftler erinnerten daran, dass Zuzahlungen für Arzneimittel, Hilfsmittel und Physiotherapie seit 22 Jahren nominal unverändert seien. Die Kommission empfiehlt deshalb, die Mindest- und Höchstbeträge um 50 Prozent anzuheben. Aus mindestens fünf Euro würden dann 7,50 Euro, aus maximal zehn Euro würden 15 Euro.

Ein weiterer Block betrifft Prävention und Verbrauchsteuern. Die Kommission empfiehlt eine schrittweise Anhebung der Tabaksteuer, eine höhere Alkoholsteuer auf Spirituosen und eine gestaffelte Steuer auf zuckergesüßte Getränke. Gerlach betonte, es gehe „wirklich nur um zuckergesüßte Getränke.“

Ein dynamisierter Herstellerabschlag im Arzneimittelbereich soll mit 2,27 Milliarden Euro zu Buche schlagen, sowie kostendeckende Bundesbeiträge für Bürgergeldbeziehende in Höhe von rund 12 Milliarden Euro. Die Kommission empfiehlt, dass der Bund die Beiträge für Bürgergeldempfänger künftig kostendeckend erstattet. Warken sagte dazu, das sei „auch eine Frage der Gerechtigkeit“ und „eine ordnungspolitische Frage“. Zugleich verwies sie auf die laufenden Haushaltsberatungen. Bislang hatte das Finanzministerium eine derartige Regelung abgelehnt.

Bei einigen heiklen Themen hat die Kommission zwar gerechnet, aber keine Empfehlung abgegeben. Dazu gehören eine Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze, eine Senkung der Mehrwertsteuer auf Arzneimittel, eine Verringerung der Zahl der Krankenkassen und eine Kontaktgebühr.

Wie es weitergeht

Das Bundesgesundheitsministerium wolle – so Gesundheitsministerin Nina Warken – zügig einen Gesetzentwurf erarbeiten und mit den anderen Ressorts abstimmen. Warken nannte auch einen konkreten Termin: Spätestens der letzte Kabinetts Termin im Juli komme infrage, „alles, was früher ist, ist gut“. Ziel sei es, vor der Sommerpause ins Kabinett zu gehen, damit im Herbst Klarheit für die Zusatzbeiträge der Kassen herrscht.

Wartezeit auf Arzttermine wird sich verlängern

KVN-Vorstand kritisiert Vorschläge der Finanzkommission Gesundheit für die ambulante Versorgung / plumpe Einsparvorschläge ohne echte Systemveränderungen

Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen steigen, die Einnahmen können nicht mithalten. Heute hat in Berlin eine von Bundesgesundheitsministerin Nina Warken (CDU) eingesetzte Kommission auf über 400 Seiten insgesamt 66 Vorschläge für eine Finanzreform in der Gesetzlichen Krankenversicherung vorgelegt. Was kommt auf die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zu?

„Wie befürchtet setzt die Expertenkommission der Bundesregierung den Rotstift bei der ärztlichen und psychotherapeutischen Honorierung an. Die extrabugetären Vergütungsregelungen des Terminservice- und Versorgungsgesetzes sollen ersatzlos gestrichen sowie Vergütungsanstiege global begrenzt werden. Damit werden in Zukunft schnelle Facharzttermine wegfallen“, prognostizierte der KVN-Vorstandsvorsitzende, Mark Barjenbruch, heute in Hannover. Strengere Berechnungen fordern die Wissenschaftler auch bei den Entbudgetierungsregelungen für die Kinder- und Jugendärzte. „Die Kommission setzt auf plumpe Einsparvorschläge ohne echte Systemveränderungen anzugehen“, so Barjenbruch.

„Niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten werden Leistungen und Terminvergaben den reduzierten Finanzmitteln anzupassen. Schon heute werden in Niedersachsen rund vier Millionen Termine nicht vergütet“, sagte Barjenbruch weiter. Kurios sei, dass die Vergütungsregelungen für TSVG-Konstellationen wegfallen, offene Sprechstunden und die Terminvermittlung über die TerminServicestellen für schnelle Termine jedoch fortgeführt werden sollen.

Die Vorschläge der Expertenkommission seien kontraproduktiv. „Arztpraxen und Psychotherapeutenpraxen dürfen nicht von der Kostenentwicklung abgekoppelt werden, sonst droht eine Beschleunigung des Praxissterbens, Versorgungsengpässe und eine Qualitätsminderung in der ambulanten Versorgung“, sagte der stellvertretende KVN-Vorsitzende, Thorsten Schmidt. „Die aktuelle wirtschaftliche Situation der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten ist durch stark steigende Kosten für Personal, Energie und Sachmittel gekennzeichnet, die oft nicht durch entsprechende Honorarsteigerungen gedeckt sind. Eine Kürzung hätte fatale Folgen für die Patientenversorgung. Die Politik sollte sich also genau überlegen, ob sie wirklich die wenigen Anreize für Praxen, noch mehr Termine zu schaffen, streichen will. Das muss sie dann auch ihren Wählerinnen und Wählern gegenüber vertreten“, so Schmidt.

Auch die 2013 eingeführten Pauschalen zur Förderung der fachärztlichen Grundversorgung sollen gestrichen werden. Dies sei eine Zuschlagszahlung, der keine zusätzliche Leistung gegenüberstehe, so die Kommission. Barjenbruch trat dieser These vehement entgegen: „Pauschalen

für die fachärztliche Grundversorgung sind ein wesentlicher Bestandteil einer fairen ärztlichen Vergütung, da sie die grundversorgende Tätigkeit von Fachärztinnen und Fachärzten speziell honorieren und finanzielle Sicherheit schaffen.“

Die Kommission hält auch eine stärkere Kontrolle des Wachstums der extrabudgetären Gesamtvergütung (EGV) für sinnvoll. Vor dem Hintergrund der erheblichen Mengen- und Ausgabensteigerungen in diesem Bereich empfiehlt die Kommission eine gesetzliche Begrenzung des Ausgabenzuwachses.

„Extrabudgetäre Leistungen wie Impfungen, Vorsorgeuntersuchungen, Früherkennungen und ambulante Operationen ermöglichen es Ärztinnen und Ärzten, notwendige Behandlungen ohne Budgetdruck durchzuführen. Gerade Impfungen und Früherkennung von Erkrankungen sparen dem System Millionen von Euro in jedem Jahr“, erklärte der KVN-Vorstandsvorsitzende.

Auch die Budgetierung der Honorare für die Psychotherapie stieß beim KVN-Vorstand auf Ablehnung: „Angesichts des Versorgungsbedarfs ist es inakzeptabel, das Honorar einzufrieren. Wir befürchten, dass die Kürzungen trotz des wachsenden Bedarfs an Therapieplätzen zu einer Verschlechterung der Versorgung führen wird“, so die Vorstandsvorsitzenden.

Positiv bewertet der KVN-Vorstand die Vorschläge die Beiträge für Bürgergeldempfänger nicht mehr der Versicherungsgemeinschaft aufzubürden. Auch die Steuern auf Alkohol und Tabak zu erhöhen sowie eine Zuckersteuer einzuführen, sei richtig.

Kürzung psychotherapeutischer Honorare völlig unverständlich

Kassenärztliche Vereinigung kritisiert Entscheidung des Erweiterten Bewertungsausschusses

Die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (KVN) hat die Entscheidung des Erweiterten Bewertungsausschusses scharf kritisiert. Dieser hatte gegen die Stimmen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) beschlossen, dass die Honorare für psychotherapeutische Leistungen ab dem 1. April 2026 um 4,5 Prozent abgesenkt werden.

„Diese Entscheidung über die Kürzung der Honorare ist völlig unverständlich und inakzeptabel“, sagte der

KVN-Vorstandsvorsitzende, Mark Barjenbruch. „Der Bedarf an psychotherapeutischen Behandlungen ist nicht erst seit der Corona-Pandemie stark angestiegen und die Wartezeiten auf Termine werden immer länger. Bei einer ansteigenden Nachfrage steigen normalerweise die Preise. Dass hier das Gegenteil der Fall ist, ist ein absolutes Un Ding!“

Zwar werden gleichzeitig die sogenannten Strukturzuschläge um 14,25 Prozent angehoben, doch auch für psychotherapeutische Praxen, die diese Zuschläge in komplettem Umfang erhalten, bedeutet dies eine drastische Absenkung der Honorare.

Vor dem Hintergrund der Diskussion um lange Wartezeiten sei dies ein fatales Signal, so Barjenbruch. Das Ansinnen der Krankenkassen sei nicht nachvollziehbar. „Die niedergelassenen Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind die Säule der ambulanten Behandlung. Außerdem sind sie ohnehin die Fachgruppe mit den niedrigsten Honoraren.“



Barjenbruchs Prognose: „Die Kürzung der Vergütung wird fatale Auswirkungen auf das Angebot der ambulanten Psychotherapie haben. Patientinnen und Patienten werden die Leidtragenden sein. Der Bedarf an Psychotherapie steigt weiter. Die Krankenkassen sparen am falschen Ende. Ich fordere das Bundesministerium für Gesundheit als Rechtsaufsicht auf, den Beschluss zu beanstanden.“

KBV klagt

Kassenärztliche Bundesvereinigung zieht wegen massiver Kürzungen psychotherapeutischer Leistungen vor Gericht

„Wir werden uns gegen die massive Benachteiligung der Psychotherapeuten und ihrer Patientinnen und Patienten wehren und gegen den Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses (EBA) den Klageweg beschreiten. Die Klageschrift bereiten wir gerade vor und werden diese beim Landessozialgericht Berlin-Brandenburg einreichen“, kündigte Dr. Andreas Gassen, Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), an.

Zur Erinnerung: Der GKV-Spitzenverband war im Bewertungsausschuss nicht bereit gewesen, von seiner Forderung nach einer zehnpromtigen Honorarkürzung abzuweichen. Es wurde daraufhin der EBA eingeschaltet, der noch am selben Tag einen Beschluss gegen die Stimmen der KBV gefasst hatte. Dieser sieht eine pauschale Absenkung fast aller psychotherapeutischen Leistungen um 4,5 Prozent ab 1. April vor. „Diese fatale Entscheidung geht zu Lasten psychisch kranker Menschen und benachteiligt die Psychotherapeuten massiv. Vollkommen grundlos wird ein wichtiger Bestandteil der ambulanten Versorgung erheblich geschwächt. Aus unserer Sicht sind diese Kürzungen nicht zu rechtfertigen“, so der KBV-Chef weiter.

<https://www.kbv.de/presse/pressemitteilungen/2026/paukensschlag-kbv-klagt-gegen-massive-kuerzungen-psychotherapeutischer-leistungen>



KVN: Um Patientendaten effektiv zu schützen, müssen Praxisverwaltungssysteme sicherer werden

Überprüfung von Praxis-Software durch das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik zeigt diverse Schwachstellen auf

Das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) hat die Ergebnisse des Projekts SiPra („Sicherheit von Praxisverwaltungssystemen“) veröffentlicht. Das BSI untersuchte dabei, wie sicher Praxisverwaltungssysteme (PVS), die in Arzt- und Psychotherapeutenpraxen tagtäglich zur Verwaltung von höchst sensiblen und somit schützenswerten Gesundheits- und Patientendaten genutzt werden, standardmäßig sind. Nicole Löhr, Vorstandin der



KVN-Vorständin Nicole Löhr mahnt dringende Verbesserungen an

Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN) und Digitalisierungsexpertin, beurteilte in Hannover angesichts der Untersuchungsergebnisse den Zustand der PVS-Programme kritisch: „Wir benötigen Systeme, die über sichere Konfigurationen und Technik verfügen. Dem Schutz der Daten muss unbedingt Rechnung getragen werden“, betonte Löhr. „Hinzu kommt ja auch, dass die Ärztinnen und Ärzte in den Praxen sich auf die Sicherheit der Systeme verlassen können müssen, die sie selbst nicht technisch prüfen können. Es kann nicht sein, dass am Ende die Ärztinnen und Ärzte für Datenlecks geradestehen müssen“, sagte die Vorstandin.

Die Ergebnisse des BSI zeigen jedoch, dass trotz unterschiedlicher Technologien die Verkettung einzelner Schwachstellen einen Angriff aus dem Internet ermöglicht. Die kleine Stichprobenprüfung, die nur vier Systeme untersucht habe, könne zwar nicht auf alle PVS-Systeme übertragen werden, so Löhr, eine gewisse Aussagekraft sei aber zweifelsfrei vorhanden. So wiesen einige der untersuchten Systeme beispielsweise unsichere Datenbank-Konfigurationen, veraltete Kryptographien oder ein unsicheres Zugriffsmanagement auf und stellen damit erhebliche Risikopotenziale dar. Die Analyse zeigt somit dringend notwendige Optimierungspotenziale auf.

Löhr: „Ich begrüße ausdrücklich die Arbeit des BSI und verstehe die Ergebnisse als Wegweiser für Hersteller, um im Zuge der voranschreitenden Digitalisierung die IT-Sicherheit standardmäßig mitzudenken.“ Vor allem die Empfehlungen des BSI, die das „Security by Design“ unterstrichen, seien für die weitere Entwicklung der Softwareanwendungen von großem Wert. Security by Design meint, dass Sicherheitsaspekte bei der Entwicklung von Software, Hardware oder IT-Systemen von Beginn an eingeplant werden.

Löhr wünschte sich, dass die aktuell durchs BSI erfolgte Stichprobenprüfung in absehbarer Zeit wiederholt wird, damit die Entwicklung im weiteren Verlauf beobachtet werden kann.

Ausgezeichnete Gesundheit

Das Zi zeigt in Berlin Beispiele exzellenter ambulanter Versorgung - KVN-Vorstand mit Beitrag vertreten



Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) hat Mitte März in Berlin seine mittlerweile traditionelle Frühjahrsveranstaltung „Ausgezeichnete Gesundheit – Exzellente Beispiele ambulanter Versorgung“ durchgeführt. Im Mittelpunkt stand die Frage, wie die Akutversorgung im ambulanten Bereich weiter gestärkt werden kann.

Der stellvertretende Vorstandsvorsitzende der KVN, Thorsten Schmidt, nahm an der Podiumsdiskussion „Versorgung akut“ teil. Im Austausch ging es um den Grundsatz Regelversorgung vor Notfallversorgung, die Vermeidung von Doppelstrukturen und insbesondere um die Verbindlichkeit in der Regel- und Akutversorgung. Schmidt zeigte in der Podiumsdiskussion auf, wie digitale Lösungen und strukturierte Ersteinschätzung die Akutversorgung vor Ort effizienter machen können. Gerade an den Schnittstellen zeige sich, wie wichtig klare Prozesse und eine enge Abstimmung aller Beteiligten seien, betonte Schmidt. Die vorgestellten Projekte hätten deutlich gemacht, dass viele tragfähige Lösungen bereits vorhanden seien. Entscheidend sei nun, diese Ansätze systematisch weiterzuentwickeln und nachhaltig in die Akut- und Regelversorgung zu überführen, so der stellvertretende Vorstandsvorsitzende.

Mark Barjenbruch, Vorstandsvorsitzender der KVN, zeigte sich beeindruckt, wie praxisnah viele der vorgestellten Projekte bereits aufgestellt sind. Sie griffen konkrete Herausforderungen im Versorgungsalltag auf. Gleichzeitig zeigten sie, wie bessere Vernetzung und klare Prozesse die Versorgung spürbar verbessern könnten. Die Veranstaltung liefere somit wichtige Impulse für die Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung und zeige, welches Potenzial in innovativen Versorgungsansätzen stecke. Barjenbruch freute sich zudem, über Tino Sorge, parlamentarischer Staatssekretär im Bundesgesundheitsministerium, der ein wertschätzendes Grußwort gehalten habe.

**links: Thorsten Schmidt im Gespräch
rechts: Die Zi-Veranstaltung in Berlin**

Prävention und Früherkennung

Infomaterial für Praxen

Viele Krankheiten – wie ein Bluthochdruck oder erhöhte Blutfette – beginnen unauffällig, können aber zu ernsthaften Herz-Kreislauf-Erkrankungen bis hin zu Herzinfarkt und Schlaganfall führen. Durch Früherkennungsuntersuchungen können Risiken frühzeitig entdeckt werden, sodass Beschwerden im Idealfall gar nicht erst auftreten.

Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten werden nach wie vor zu wenig genutzt. Dies gilt auch für Impfungen. Um eine Entscheidung für oder gegen eine Untersuchung zu treffen, ist es wichtig, dass die Versicherten gut informiert sind. Ihnen als Vertragsarzt und Vertragsärztin kommt dabei eine wichtige Rolle zu. Neben der Auslage von Informationsmaterialien im Wartezimmer sollten Sie Ihre Patientinnen und Patienten gezielt auf das Thema ansprechen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat für Sie einige Informationen zusammengestellt, die Sie dabei unterstützen sollen. Die Informationen finden Sie unter <https://www.kbv.de/praxis/patientenversorgung/praevention>



Wirtschaftsseminare* der KVN

**Das Niedersächsische
Praxisforum live 2026 - Die
interaktive Praxisbörse für Ärzte
und Psychotherapeuten
am 18.04.2026 in Hannover**

Wir bringen Niederlassungsinteressierte, Kooperationsinteressierte und Praxisabgeber in den Austausch!

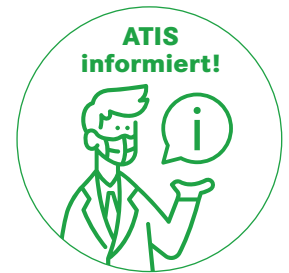
- ✓ Interaktive Themenstationen zu Praxisübergabe, Kooperation, u.v.m.
- ✓ Einführung in die KVN Praxisbörse
- ✓ „Get together“ mit Kolleginnen und Kollegen sowie Beratern der KVN

Wir freuen uns auf Sie!
Anmeldungen unter www.kvn.de oder den QR-Code scannen und direkt anmelden

*Zertifiziert mit Fortbildungspunkten







Ungewöhnliche allergische Reaktionen und Nocebo-Effekte sowie Aspekte der Nutzen-Risiko-Bewertung von Spasmolytika

Frage an ATIS

Ein Kollege, Facharzt für Innere Medizin, fragt zu folgendem Fall: „Ich behandle seit längerer Zeit eine 50-jährige Patientin, die bekanntermaßen an einer Allergie gegen Gräserpollen, Hausstaubmilben und Tierhaare leidet. Auch nach dem Verzehr von Erdbeeren hatte sie bereits einmal eine allergische Reaktion. Heute hat sie Erdbeereis gegessen und dabei vorsichtshalber alle Erdbeerstücke aus dem Eis entfernt. Dennoch kam es anschließend zu Krämpfen im Oberbauch, Übelkeit und Wadenkrämpfen. Daraufhin nahm sie eine Tablette des Medikaments Myditin®. Bereits etwa 30 Sekunden nach der Einnahme traten heftiger Husten, Atemnot und ein Druckgefühl im Oberbauch auf. Auch fünf Hübe Salbutamol führten zu keiner Besserung. Meine Frage ist, ob die Reaktion auf Myditin® pharmakologisch erklärbar ist.“

Antwort von ATIS

Vor einiger Zeit sind wir in Zusammenhang mit unserer Beratungstätigkeit einmal gefragt worden, was die witzigste Anfrage war, die wir bisher erhalten haben. Nun, die hier diskutierte Frage gehört jedenfalls zu den witzigsten Fragen, die wir erhalten haben, auch wenn wir die Hintergründe und Gefahren durchaus ernst nehmen.

Bleiben wir zunächst bei dem etwas Kuriosen und in gewisser Weise auch Witzigen: Die Patientin wusste, dass sie gegen Erdbeeren allergisch ist, wollte aber dennoch Erdbeereis essen. Sie war der Ansicht, sich durch das Herauspicken der Erdbeeren vor einer allergischen Reaktion schützen zu können. Wäre die Patientin zugleich Chemikerin gewesen, hätte sie vielleicht gewusst, dass sich durch dieses Vorgehen natürlich nicht alle Allergene entfernen lassen, die aus den Erdbeeren in die milchhaltige Eismasse übergegangen sind.

Und nun zum nächsten Teil der spannenden Geschichte: Sie nahm anschließend eine Tablette des Muskelrelaxans Myditin® mit dem Wirkstoff Pridinol ein, und bereits 30 Sekunden nach der Einnahme entwickelte sie eine erhebliche allergische Reaktion, die einer Anaphylaxie ähnelte. Wir vermuten, dass gerade dieser sehr kurze Zeitraum von 30 Sekunden für den Kollegen schwer vorstellbar war – und er deshalb ATIS um Rat gefragt hat.

Zwar handelt es sich bei den Myditin®-Tabletten um einfache „Presslinge“, bei denen der gepresste Wirkstoff nicht von einer Hülle umgeben ist. Dennoch wäre es sehr überraschend, wenn innerhalb von nur 30 Sekunden eine relevante Wirkstoffmenge freigesetzt worden wäre, die eine derart massive Reaktion auslösen könnte. Zur Freisetzung liegen sogar experimentelle Daten vor: Diese zeigen, dass in den ersten 15 Minuten lediglich ein sehr kleiner Anteil des Wirkstoffs freigesetzt wird. Umso unwahrscheinlicher ist es, dass in so kurzer Zeit eine relevante Menge resorbiert wird, die systemische Wirkungen oder Nebenwirkungen entfalten könnte.

Was ist also geschehen? Sicher wissen wir es nicht. Bei derartigen Vorkommnissen sollte jedoch durchaus an einen Nocebo-Effekt gedacht werden [1]. Solche Effekte können mit erheblichen vegetativen Reaktionen einhergehen. Meine Kollegen führten vor längerer Zeit einmal einen placebokontrollierten Versuch mit Nikotintabletten durch. Einer der Versuchsteilnehmer (Nichtraucher) entwickelte kurz nach der Einnahme eine akute, schwere Übelkeit mit Erbrechen. Wie sich jedoch herausstellte, hatte er lediglich ein Placebo erhalten, und in seinem Blut ließ sich keine Spur von Nikotin nachweisen. Dieses Beispiel zeigt, dass Nocebo-Effekte durchaus dramatisch verlaufen können.

Soweit zu den zunächst verwunderlich erscheinenden menschlichen Verhaltensweisen und Phänomenen. Wenden wir uns nun dem ernsteren Teil zu: Warum hatte die Patientin überhaupt

Myditin®-Tabletten zu Hause – und benötigen Menschen ein solches Medikament? Der Wirkstoff heißt Pridinol. Er gehört zu den zentral wirksamen Muskelrelaxanzien und weist zudem ausgeprägte anticholinerge Eigenschaften auf; der genaue Wirkmechanismus ist jedoch nicht vollständig geklärt. Zugelassen ist das Präparat zur Behandlung zentraler und peripherer Muskelspasmen, bei Lumbalgie, Torticollis sowie bei allgemeinen Muskelschmerzen im Erwachsenenalter.

In früheren Zeiten, als man sich der erheblichen Suchtgefahr noch nicht in gleichem Maße bewusst war, wurden bei entsprechenden Beschwerden häufig Benzodiazepine verordnet. Dies gilt heute als nicht mehr vertretbar, sodass nach Alternativen ohne vergleichbares Abhängigkeitspotenzial gesucht wird. Neben Myditin® steht hierfür beispielsweise auch Methocarbamol zur Verfügung, das für ähnlich breit gefasste Indikationen zugelassen ist.

Andere Muskelrelaxanzien sind enger indiziert: Baclofen wird bei schwerer Spastik, etwa bei Multipler Sklerose oder Querschnittlähmung, eingesetzt. Tizanidin ist ein ausgeprägt sedierender Alpha-2-Agonist, während Tolperison – strukturell den Lokalanästhetika ähnlich – vergleichsweise wenig sedierend wirkt. Diese Wirkstoffe sind „offiziell“ vor allem zur Behandlung von Spastik bei schweren neurologischen Erkrankungen, beispielsweise nach einem Schlaganfall, zugelassen, werden teils aber off label auch zur Behandlung von Muskelverspannungen eingesetzt.

Es ist hier nicht möglich, eine umfassende vergleichende Bewertung der Medikamente zu geben, die bei schwerer Spastik in Folge neurologischer Erkrankungen unverzichtbar sind. Aber die hier diskutierte 50-jährige Patientin hatte keine neurologischen Erkrankungen, die zu schwerer Spastik führen, sondern sie hatte das Medikament gegen Rückenschmerzen bekommen und das sehen wir schon immer wieder einmal, auch bei Studierenden, dass derartige Medikamente zur Behandlung von Muskelverspannungen verordnet bzw. eingenommen werden. Eine detaillierte Beschreibung der Studienlage zu Myo-Spasmolytika wie dem Myditin® oder dem Methocarbamol kann hier nicht gegeben werden. Einfach zusammengefasst existieren wenige kleinere Studien, auf deren Grundlage diese Medikamente auch zugelassen sind, und vielleicht in seltenen Einzelfällen auch einmal für einige Tage verordnet werden können. Aber ein Problem ist natürlich das gleiche, was vor 50 Jahren mit der Verordnung von Benzodiazepinen bei Rückenschmerzen falsch gemacht wurde. Diese Relaxantien führen nicht zur Stärkung, sondern zur Schwächung der Muskulatur und damit eher zur Chronifizierung der Probleme. Und natürlich führen sie auch nicht zur kausalen Behandlung von Muskelverspannungen psychischen Ursprungs. Und all diese Myo-Spasmolytika sollten bei älteren Menschen besser gar nicht verordnet werden, da sie mit einem erhöhten Risiko für Unfälle, Sedierung und Delir einhergehen können.

Fazit

Ob die ausgeprägte Reaktion der Patientin auf Myditin® tatsächlich einer anaphylaxieähnlichen Reaktion entsprach, ließe sich nur durch eine Re-exposition klären. Dafür besteht jedoch kein sinnvoller Anlass, da dieses Medikament ohnehin eher nicht verordnet werden sollte. Zugleich möchten wir diese Anfrage zum Anlass nehmen, vor der Verordnung von Myospasmolytika bei „normalen“ Muskelverspannungen zu warnen bzw. ihren Einsatz auf wenige Ausnahmefälle und eine kurzfristige Anwendung zu beschränken. Eine relevante Gefahr einer psychischen Abhängigkeit – wie sie bei Benzodiazepinen besteht – ist bei diesen Substanzen zwar nicht gegeben. Eine Gemeinsamkeit beider Gruppen besteht jedoch darin, dass sie die zugrunde liegenden Probleme nicht beheben.

Prof. Dr. Jürgen Brockmüller
Institut für Klinische Pharmakologie, Universitätsmedizin Göttingen

Literatur

[1] F. Benedetti et al. When words are painful: unraveling the mechanisms of the placebo effect. *Neuroscience* 2007;147: 260-71

 **Abrechnung**

QS-Verfahren Wundinfektionen: Streichung des Zuschlags für die jährliche Einrichtungsbefragung

Der Bewertungsausschuss (BA) hat die Streichung des Zuschlags für die jährliche Einrichtungsbefragung im Qualitätssicherungsverfahren Wundinfektionen rückwirkend zum 1. Januar 2026 beschlossen. Näheres stellen wir Ihnen nachfolgend vor.

Hintergrund: Der Gemeinsame Bundesausschuss hat das Qualitätssicherungsverfahren „Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen“ eingestellt. Die Dokumentationspflicht und alle anderen QS-Maßnahmen entfallen damit.

EBM-Anpassungen zum 1. Januar

Infolge der Verfahrenseinstellung hat der BA die Gebührenordnungsposition (GOP) 01650 als Zuschlag für die jährliche Einrichtungsbefragung im Abschnitt 1.6 des EBM gestrichen. Der Zuschlag galt für die GOP des Kapitels 31 und 36 des EBM, die entsprechend der Spezifikation dokumentationsauslösende Leistungen beinhalten konnten.

Hinweis zur Veröffentlichung

Das Institut des Bewertungsausschusses veröffentlicht den Beschluss auf seiner [Internetseite](#) und im Deutschen Ärzteblatt.

Neue Leistungen: Lungenkrebs-Früherkennung mittels Niedrigdosis-Computertomographie ab 1. April vertragsärztliche Leistung

Wir informieren Sie hiermit ausführlich zur Vergütung der neuen Leistungen der Lungenkrebs-Früherkennung mittels Niedrigdosis-Computertomographie bei starken Rauchern.

Neue Leistungen

Zum 1. April werden acht neue Gebührenordnungspositionen (GOP) in den Abschnitt 1.7.2 (Früherkennung von Krankheiten bei Erwachsenen) des EBM aufgenommen.

GOP 01871 (746 Punkte, einmal im Krankheitsfall):

- Niedrigdosis-Computertomographie zur Früherkennung von Lungenkrebs (nach Abschnitt D. III. der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie, kurz KFE-RL)

GOP 01872 (586 Punkte, einmal im Behandlungsfall):

- Niedrigdosis-Computertomographie zur Befundkontrolle im Rahmen der Früherkennung von Lungenkrebs (nach Abschnitt D. III. der KFE-RL) bei einem innerhalb von zwölf Monaten vorausgegangenem kontrollbedürftigem Befund

- Die GOP ist höchstens zweimal im Krankheitsfall berechnungsfähig.

GOP 01875 (39 Punkte, einmal im Krankheitsfall):

- Erstellung eines Berichts (nach Abschnitt D. III. der KFE-RL) im Zusammenhang mit der Überweisung zur Niedrigdosis-Computertomographie zur Lungenkrebs-Früherkennung

GOP 01876 (87 Punkte, je vollendete 5 Minuten):

- Erstberatung zur Früherkennung von Lungenkrebs (nach Abschnitt D. III. der KFE-RL)
- Die GOP beinhaltet die einmalige Erstberatung des Versicherten und ist je vollendete fünf Minuten und höchstens dreimal in der Sitzung berechnungsfähig.

GOP 01878 (94 Punkte, höchstens dreimal im Krankheitsfall):

- Veranlassung der konsiliarischen Zweitbefundung der Niedrigdosis-Computertomographie zur Früherkennung von Lungenkrebs (nach Abschnitt D. III. der KFE-RL)
- Für den Fall eines kontroll- oder abklärungsbedürftigen Befundes in der Erstbefundung der Früherkennungs-Niedrigdosis-Computertomographie zieht der Erstbefunder einen Zweitbefunder hinzu.
- Die GOP 01878 ist im Zusammenhang mit der GOP 01871 nur einmal im Krankheitsfall und im Zusammenhang mit der GOP 01872 höchstens zweimal im Krankheitsfall berechnungsfähig.
- Die GOP 01878 ist nur im Zeitraum von 14 Tagen nach Durchführung der Leistung nach der GOP 01871 oder 01872 berechnungsfähig.

GOP 01879 (389 Punkte, je Konsiliarauftrag):

- Konsiliarische Zweitbefundung der Niedrigdosis-Computertomographie zur Früherkennung von Lungenkrebs (nach Abschnitt D. III. der KFE-RL)
- In den GOP 01878 und 01879 ist die abschließende gemeinsame Beurteilung der Untersuchung enthalten, sofern diese keine ausführlichere Abstimmung im Rahmen einer (Video-) Fallkonferenz oder im persönlichen Kontakt erfordert. Diese abschließende gemeinsame Beurteilung kann zeitgleich oder zeitversetzt erfolgen und es sollten dafür bevorzugt elektronische Kommunikations- und Informationstechnologien genutzt werden.

GOP 01880 (82 Punkte, einmal im Behandlungsfall):

- Beratung des Versicherten bei abklärungsbedürftigem Befund im Rahmen der Früherkennung von Lungenkrebs (nach Abschnitt D. III. der KFE-RL)
- Falls die Niedrigdosis-Computertomographie einen abklärungsbedürftigen Befund ergibt, erfolgt eine Beratung des Versicherten durch den Erstbefunder über die erforderlichen Maßnahmen sowie die Information zu Einrichtungen, die auf die Untersuchung und Behandlung von Lungenkrebs spezialisiert sind. Hierfür kann die GOP 01880 einmal innerhalb von 14 Tagen nach der Durchführung der Computertomographie berechnet werden. Die Beratung kann auch telefonisch oder im Rahmen einer Videosprechstunde stattfinden.

GOP 01881 (109 Punkte):

- Teilnahme an einer Konsensuskonferenz im Rahmen der Früherkennung von Lungenkrebs (nach Abschnitt D. III. der KFE-RL)
- Wenn aufgrund differenter Ergebnisse in der Erst- und Zweitbefundung ein ausführlicherer Abstimmungsbedarf zwischen Erst- und Zweitbefunder zur abschließenden gemeinsamen Beurteilung erforderlich ist, ist eine Konsensuskonferenz vorgesehen, die auch als Videofallbesprechung stattfinden kann. Diese ist für beide Befunder mit der GOP 01881 berechnungsfähig.

Fachärzte für Allgemeinmedizin und Innere Medizin

Die GOP 01875 und 01876 können von Fachärzten für Allgemeinmedizin und von Fachärzten für Innere Medizin abgerechnet werden. Für die Berechnung beider GOP ist ein einmaliger Nachweis hinsichtlich des Wissenserwerb gemäß §43 Abs. 2 der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie gegenüber der KVN Voraussetzung, dass sie im Rahmen der Weiterbildung zum Facharzt oder durch

Fortbildung Wissen im Bereich der Lungenkrebs-Früherkennung erworben haben. Wer die Voraussetzungen erfüllt, kann die Leistungen veranlassen und den Qualifikationsnachweis durch eine einfache Selbsterklärung in dem in Kürze bereitstehenden E-Formular erbringen. Hierzu ergeht zeitnah eine ergänzende Information. Sie sollten zum Zeitpunkt der Zuweisung bedenken, dass der Radiologe als Erstbefunder zunächst eine Genehmigung beantragen muss, was den Startzeitpunkt der Lungenkrebs-Früherkennung beeinflussen könnte. Insofern empfehlen wir einen interkollegialen Austausch im Vorfeld der Zuweisung in der Anfangsphase.

Fachärzte für Radiologie

Die GOP 01871 und 01872 sowie 01878 bis 01881 sind von Fachärzten für Radiologie berechnungsfähig. Für die Abrechnung benötigen die Ärzte eine Genehmigung nach der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie (nach §135 Abs. 2 SGB V). Für die Erst- und Zweitbefunderinnen und -befunder stellt §6 Lungenkrebs-Früherkennungs-Verordnung die Anforderung, dass der Facharzt- bzw. die Fachärztin für Radiologie zusätzlich 200 Thorax-CT im Jahr vor Antragstellung sowie die Teilnahme an einer von der Landesärztekammer anerkannten Fortbildung zur Lungenkrebs-Früherkennung nach §43 Abs. 6 Krebsfrüherkennungs-Richtlinie nachzuweisen hat. Der Erstbefunder muss zudem eine Kooperation mit einem Zweitbefunder, der über eine Genehmigung nach der einschlägigen Qualitätssicherungsvereinbarung Strahlendiagnostik und -therapie verfügt, darlegen. Der Zweitbefunder muss in einer Einrichtung tätig sein, die auf die Untersuchung und Behandlung von Lungenkrebs gemäß §43 Abs. 4 KFE-RL spezialisiert ist und an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen.

Dauerhafte extrabudgetäre Finanzierung für die GOP 01871, GOP 01875 und GOP 01876

Hinsichtlich der Finanzierung hat der EBA für die GOP 01871 (Niedrigdosis-Computertomographie zur Früherkennung von Lungenkrebs), 01875 (Erstellung eines Berichts) und 01876 (Erstberatung zur Teilnahme an der Früherkennung von Lungenkrebs) eine dauerhafte extrabudgetäre Finanzierung festgelegt.

Für die übrigen Leistungen erfolgt die Finanzierung zunächst außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) mit einer Prüfung zur Überführung dieser Leistungen in die MGV nach fünf Jahren.

Hinweis zur Veröffentlichung

Die Beschlüsse werden auf der [Internetseite des Institutes des Bewertungsausschusses](#) sowie im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht.

Erweitertes Neugeborenen-Screening: Bewertungsausschuss passt EBM zum 1. April an

Dabei geht es um das erweiterte Neugeborenen-Screening nach der Kinder-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Über diese und zwei weitere Anpassungen zum 1. April sowie eine weitere Anpassung des EBM zum 1. Juli 2026 informieren wir Sie nachfolgend.

EBM-Anpassungen zum 1. April 2026

Der G-BA hatte im vergangenen Jahr das erweiterte Neugeborenen-Screening um vier Zielerkrankungen erweitert. Dabei handelt es sich um die Früherkennung eines Vitamin-B12-Mangels sowie der Homocystinurie, Propionazidämie und Methylmalonazidurie. Da dieses Screening einen höheren Untersuchungsaufwand erfordert, hat der BA jetzt die Bewertung der Gebührenordnungs-

position (GOP) 01724 für die entsprechenden Laboruntersuchungen um 43 Punkte erhöht.

Die GOP 32670 für die quantitative Bestimmung einer in-vitro-Freisetzung von Interferon-gamma nach ex-vivo-Stimulation mit Antigenen des Mycobacterium tuberculosis Complex wird an den Stand von Wissenschaft und Technik angepasst. Für die Untersuchung zum Ausschluss einer latenten oder aktiven Tuberkulose nach der GOP 32670 kann als Alternative zur Bestimmung der Freisetzung von Interferon-gamma mittels IGRA-Tests (z. B. QuantiFERON) die Freisetzung von IP-10 (Interferon-gamma-induziertes Protein 10) quantitativ bestimmt werden. Insbesondere bei Kindern oder immungeschwächten Patienten zeigt die Bestimmung der Freisetzung von IP-10 eine höhere Sensitivität. Eine Anpassung der Vergütung wurde nicht vorgenommen.

Für die beiden GOP 01437 und 01698 wird der bisher fehlende gegenseitige Abrechnungsausschluss im Behandlungsfall ergänzt. Dies ist eine erforderliche Folgeanpassung durch den zum 1. Januar 2025 in Kraft getretenen BA-Beschluss.

EBM-Anpassungen zum 1. Juli 2026

Darüber hinaus wird die Bewertung der GOP 01870 für die pränatale Untersuchung fetaler DNA aus mütterlichem Blut auf eine Trisomie 13, 18 oder 21 an die aktuellen Testkosten angepasst (Abwertung von 1642 auf 1326 Punkte). Der Evaluationsbericht des Instituts des Bewertungsausschusses zur Abrechnung des nicht-invasiven Pränataltests (NIPT) auf Trisomien im Auftrag des BA hat ergeben, dass der NIPT auf Trisomien deutlich häufiger in Anspruch genommen wird als erwartet und er nur in wenigen Laboren durchgeführt wird.

Hinweis zur Veröffentlichung

Das Institut des Bewertungsausschusses veröffentlicht den Beschluss auf seiner [Internetseite](#) und im Deutschen Ärzteblatt.

Erweiterter Bewertungsausschuss senkt Bewertungen psychotherapeutischer Leistungen – Einigung zur Versorgungspau- schale

Die Bewertungen psychotherapeutischer Leistungen werden zum 1. April um 4,5 Prozent abgesenkt. Das hat der Erweiterte Bewertungsausschuss (EBA) gegen die Stimmen der KBV beschlossen.

Einen Beschluss gab es außerdem zu der neuen hausärztlichen Versorgungspauschale für chronisch kranke Patienten: Nach monatelangen Verhandlungen einigten sich KBV und GKV-Spitzenverband im Bewertungsausschuss auf die Details. Einführungsstermin ist der 1. Juli.

Versorgungspauschale

Die neue Versorgungspauschale für Hausarztpraxen wird zum 1. Juli 2026 eingeführt. Wie eingangs erwähnt, hat der BA dazu die Details beschlossen, nachdem sich KBV und GKV-Spitzenverband in mehreren vorausgegangenen Gesprächen auf die EBM-Anpassungen zur Umsetzung des gesetzlichen Auftrages (§ 87 Abs. 2b Satz 7 bis 10 SGB V) verständigt haben.

Versorgungspauschale: GOP 03100

Die neu eingeführte Versorgungspauschale gilt für bekannte Patienten ab Beginn des 19. bis zum

vollendeten 75. Lebensjahr, die an nur einer chronischen Erkrankung leiden, die kontinuierlich mit einem erkrankungsspezifischen verschreibungspflichtigen Arzneimittel behandelt wird.

Zur Umsetzung der gesetzlichen Vorgabe und Eingrenzung von chronisch erkrankten Patienten, die in der Regel keinen intensiven Betreuungsbedarf haben und regelhaft mit nur einem Arzneimittel behandelt werden können, hat der BA mehrere Erkrankungen mit einer Liste konkreter Diagnosen festgelegt:

- Hypothyreose oder Autoimmunthyreoiditis: E03.0, E03.1, E03.4, E03.8, E03.9, E06.3
- Störungen des Lipoproteinstoffwechsels oder sonstige Lipidämien: E78.0, E78.2, E78.4, E78.5, E78.6, E78.8-, E78.9
- Essentielle (primäre) Hypertonie ohne Vorliegen einer hypertensiven Krise: I10.0(0), I10.9(0)
- Idiopathische Gicht: M10.0-

Die Versorgungspauschale entspricht bezüglich des Leistungsinhalts der Versichertenpauschale, umfasst aber die Behandlung für zwei Quartale (Halbjahrespauschale). Sie ersetzt die Berechnung der Versichertenpauschale (GOP 03000), der Chronikerpauschalen (GOP 03220/03221) und des Zuschlags für den Medikationsplan (GOP 03222).

Bei diesen Patienten muss die Versorgungspauschale nicht berechnet werden:

Bei Patienten, bei denen die Voraussetzungen für die Abrechnung der Versorgungspauschale nicht gegeben sind, können weiterhin die Versichertenpauschale und die Chronikerpauschalen berechnet werden. Dazu zählen Patienten mit:

- mehr als einer lang andauernden, lebensverändernden chronischen Erkrankung, die einer
 - hausärztlichen Behandlung bedarf.
 - kontinuierlich mehr als einem zur leitliniengestützten Behandlung der chronischen Erkrankung eingesetzten verschreibungspflichtigen Arzneimittel zu Lasten der Krankenkassen.
- Ausnahme:** Patienten mit zwei Arzneimitteln, sofern diese jeweils aus einem verschreibungspflichtigen Wirkstoff bestehen und ein entsprechendes Kombinationspräparat, das ausschließlich aus einer Zusammensetzung dieser beiden Wirkstoffe besteht, verfügbar ist.

Die Details sind in der neuen zweiten und vierten Bestimmung zum EBM-Abschnitt 3.2.1.1 geregelt.

Einige Eckpunkte zur Versorgungspauschale:

- berechnungsfähig einmal im Behandlungsfall, höchstens zweimal im Krankheitsfall
 - o GOP 03103 - ab Beginn des 19. bis zum vollendeten 54. Lebensjahr: 356 Punkte
 - o GOP 03104 - ab Beginn des 55. bis zum vollendeten 75. Lebensjahr: 403 Punkte
- im Quartal nur von einer Vertragsarztpraxis und im Folgequartal durch keine andere Vertragsarztpraxis berechnungsfähig.
- bei zweimaliger Berechnung im Krankheitsfall muss mindestens ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt im Krankheitsfall stattgefunden haben.
- Leistungen der hausärztlichen geriatrischen Versorgung (Abschnitt 3.2.4), palliativmedizinischen Versorgung (Abschnitt 3.2.5) sowie aus Kapitel 37 (Kooperations- und Koordinationsleistungen Pflegeheim, palliativmedizinische Versorgung, Patienten mit psychiatrischen und psychotherapeutischen Betreuungsbedarf, Außerklinische Intensivpflege, Long-COVID) bleiben neben der Versorgungspauschale im Behandlungsfall und im Folgequartal berechnungsfähig, da sich der Gesundheitszustand des Patienten im Laufe des Halbjahres verändern kann.
- die Versichertenpauschale kann wie bisher durch andere Vertragsarztpraxen im sel-

ben und/oder Folgequartal ohne Abschläge berechnet werden, z. B. im Vertretungsfall.

- o Neu: Die Chronikerpauschalen können nicht durch andere Hausärzte berechnet werden, wenn eine andere Vertragsarztpraxis bereits die Versorgungspauschale berechnet hat.

Zuschlag für Patienten mit intensiven Betreuungsbedarf im Folgequartal: GOP 03110

Für Patienten, bei denen im Folgequartal der Berechnung der Versorgungspauschale ein intensiver Betreuungsbedarf besteht, wird ein Zuschlag nach der GOP 03110 aufgenommen. Voraussetzung ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt oder ein Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde. Der Zuschlag ist in ebenfalls zwei Altersklassen differenziert (analog der Versorgungspauschale) und gleicht die Bewertungsdifferenz zur zweifachen Abrechnung der Versichertenpauschale (GOP 03000), der Chroniker-pauschale (GOP 03220) und dem Zuschlag (GOP 03222) aus. Maßgeblich ist das Alter im Quartal der Berechnung des Zuschlags, auch wenn im Vorquartal die Versorgungspauschale für eine andere Altersklasse berechnet wurde:

- 03113 ab Beginn des 19. bis zum vollendeten 54. Lebensjahr: 152 Punkte
- GOP 03114 ab Beginn des 55. bis zum vollendeten 75. Lebensjahr: 173 Punkte

Der Zuschlag ist einmal im Behandlungsfall berechnungsfähig, höchstens zweimal im Krankheitsfall. Er unterliegt einer Begrenzung je Praxis und kann bis zu einer Anzahl in Höhe von 8 Prozent der Gesamtanzahl der abgerechneten GOP 03100 im Vorquartal berechnet werden, sofern sich hieraus keine ganzzahlige Fallzahl ergibt (kaufmännische Rundung).

Beispiel: Hat die Hausarztpraxis im 3. Quartal 2026 für 10 Patienten die Versorgungspauschale (GOP 03100) abgerechnet, kann sie im 4. Quartal 2026 für maximal einen Patienten den Zuschlag (GOP 03110) ansetzen.

Vorhaltepauschale bei Patienten mit Versorgungspauschale: GOP 03043 bis 03045

Für Patienten, bei denen der Hausarzt eine Versorgungspauschale berechnet, werden die drei GOP 03043 bis 03045 eingeführt. Sie wurden unter Berücksichtigung der seit 1. Januar 2026 geltenden neuen Vergütungssystematik der Vorhaltepauschale (GOP 03040 sowie Zuschlags-GOP 03041 und 03042) für den Zeitraum der Versorgungspauschale, d. h. für zwei Quartale, ausgestaltet. Das bedeutet:

- die GOP 03043 wird als Zuschlag zur Versorgungspauschale von der KV zugesetzt.
 - o Berechnungsfähig einmal im Behandlungsfall, höchstens zweimal im Krankheitsfall, 179 Punkte (anstelle GOP 03040: 138 Punkte)
 - o abhängig von der Größe der Praxis erfolgt ein Bewertungsauf- oder -abschlag:
 - bei weniger als 400 Behandlungsfällen je Vollzeit tätigem Hausarzt: Abschlag von 18 Punkten
 - bei mehr als 1.200 Behandlungsfällen je Vollzeit tätigem Hausarzt: Aufschlag von 13 Punkten
 - o die Abschlagsregelung (40 Prozent) für Hausarztpraxen, die weniger als 10 Schutzimpfungen (Anlage 1 der Schutzimpfungsrichtlinie des G-BA) im Quartal durchführen gilt auch für die GOP 03043.
- Ausnahmeregelung:** Von der Abschlagsregelung ausgenommen sind diabetologische Schwerpunktpraxen, HIV-Schwerpunktpraxen und Substitutionspraxen (Definition analog der Ausnahmeregelung bei der GOP 03040).

Gestaffelter Zuschlag

- 03044 bei Erfüllung von mindestens 2 und weniger als 8 Kriterien: 14 Punkte (anstelle GOP 03041: 10 Punkte)
- GOP 03045 bei Erfüllung von mindestens 8 Kriterien: 42 Punkte (anstelle GOP 03042: 30 Punkte)

Ausnahmeregelung: Für diabetologische Schwerpunktpraxen, HIV-Schwerpunktpraxen und

Substitutionspraxen (Definition analog der Ausnahmeregelung bei der GOP 03040 bzw. 03043) ist die GOP 03044 ohne die Erfüllung einer Mindestanzahl von Kriterien berechnungsfähig. Die Berechnung der GOP 03045 ist für diese Praxen bei Erfüllung der Mindestanzahl von acht Kriterien gemäß der Leistungslegendierung möglich. Die Zuschläge für diese Praxen sind durch die KV bundeseinheitlich mit dem Buchstabensuffix „S“ (GOP 03044S und 03045S) zu kennzeichnen (siehe Protokollnotiz Nr. 4).

Vorhaltepauschale: Zuschlag für Patienten mit intensiven Betreuungsbedarf: GOP 03046 bis 03048

Für Patienten, bei denen im Folgequartal der Berechnung der Versorgungspauschale aufgrund des intensiven Betreuungsbedarfs die GOP 03110 berechnet wird, werden die GOP 03046 bis 03048 als Zuschläge aufgenommen. Sie sollen die Bewertungsdifferenz zur zweifachen Abrechnung der GOP 03040, 03041 bzw. 03042 ausgleichen.

- GOP 03046 als Zuschlag zur GOP 03110 im Folgequartal der Berechnung der GOP 03043: 77 Punkte
- GOP 03047 als Zuschlag zur GOP 03046 im Folgequartal der Berechnung der GOP 03044: 6 Punkte
- GOP 03048 als Zuschlag zur GOP 03046 im Folgequartal der Berechnung der GOP 03045: 18 Punkte

Analoge Regelungen für Zu- oder Abschläge, die sich auf die GOP 03043 beziehen, wurden für die GOP 03046 nicht vereinbart (Mindestanzahl Impfungen, Praxisgröße, Videosprechstunde).

Folgeanpassungen

Es waren diverse Folgeanpassungen an verschiedenen Stellen im EBM aufgrund der Einführung der neuen GOP zu beschließen.

Sie betreffen insbesondere die Berechnungsausschlüsse von Leistungen in dem Quartal, in dem die Versorgungspauschale berechnet wird, und im Folgequartal. Dazu zählt auch der Ausschluss der Berechnung der Chronikerpauschalen (GOP 03220 und 03221) durch weitere Vertragsarztpraxen, wenn für den Patienten bereits die Versorgungspauschale durch eine Vertragsarztpraxis berechnet wurde.

Findet im Folgequartal der Abrechnung der Versorgungspauschale ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt ohne Abrechnungsmöglichkeit von Leistungen statt, wird dieser Kontakt gleichwohl als Behandlungsfall für

1. das Gesprächsbudget (GOP 03230)
1. die Erfüllung und Gewährung der Vorhaltepauschalen
1. der Gewährung des Zuschlags für die Unterstützung der hausärztlichen Versorgung durch qualifizierte nichtärztliche Praxisassistenten (GOP 03060)
1. den Wirtschaftlichkeitsbonus

gezählt.

Gekennzeichnet werden diese „Fälle“ über die neue interne **GOP 88230** bzw. bei reinem Videokontakt **GOP 88220**.

Vergütung für psychotherapeutische Leistungen

Zur Vergütung psychotherapeutischer Leistungen konnte im BA keine Einigung erzielt werden. Der GKV-Spitzenverband war nicht bereit, von seinen Kürzungsforderungen abzuweichen, weshalb beide Seiten den EBA angerufen haben. Dieser hat gegen die Stimmen der KBV beschlossen,

dass die Bewertung fast aller psychotherapeutischen Leistungen zum 1. April um 4,5 Prozent abgesenkt werden. Außerdem wurde vereinbart, dass die Strukturzuschläge für Personalkosten rückwirkend zum 1. Januar dieses Jahres um ca. 14 Prozent angehoben werden.

Absenkung um 4,5 Prozent ab April

Die Bewertungen psychotherapeutischer Leistungen werden zum 1. April um 4,5 Prozent gesenkt. Die Bewertung einer Therapiestunde ändert sich damit von 941 auf 899 Punkte.

Rückwirkende Anhebung der Strukturzuschläge ab Januar

Die Anhebung der Bewertungen der Strukturzuschläge erfolgt rückwirkend zum 1. Januar 2026.

- GOP 35571: Anhebung von 159 auf 182 Punkte
- GOP 35572: Anhebung von 66 auf 75 Punkte
- GOP 35573: Anhebung von 81 auf 93 Punkte

Zum Hintergrund: Die Bewertung der psychotherapeutischen Leistungen im EBM muss aufgrund aktueller Datengrundlagen jährlich überprüft werden. Im Ergebnis beschließen KBV und GKV-Spitzenverband, ob die Bewertung angepasst werden muss – und wenn ja, in welcher Form. Datengrundlagen für die Überprüfung sind die Kostenstrukturerhebung des Statistischen Bundesamtes und Abrechnungsdaten. Tarifsteigerungen bei medizinischen Fachangestellten sind für die Bemessung des Strukturzuschlags relevant.

Hinweis zur Veröffentlichung

Das InBA wird die Beschlüsse auf seiner Internetseite (<https://institut-ba.de/ba/beschluesse.html>) und im Deutschen Ärzteblatt veröffentlichen.

 **Verordnung**

SSB Arzneiliefervertrag Apotheken

Wir wurden von den Gesetzlichen Krankenkassen in Niedersachsen darüber informiert, dass die Verhandlungen zwischen den niedersächsischen GKV-Verbänden und dem Landesapothekerverband Niedersachsen e.V. (LAV) erfolgreich abgeschlossen werden konnten:

Die Verbände der gesetzlichen Krankenkassen in Niedersachsen und der LAV haben sich auf einen neuen Vertrag über die Belieferung und Abrechnung des Sprechstundenbedarfs in Apotheken geeinigt. Der neue Arzneiliefervertrag-Sprechstundenbedarf (ALV-SSB) gilt erstmals kassenartenübergreifend und tritt am 1. Juli 2026 in Kraft. Er löst die bisher geltenden Vertragsgrundlagen ab (u. a. Anlage 1 zum Arznei-Liefervertrag des LAV, der AOK-Die Gesundheitskasse für Niedersachsen, des IKK-Landesverbandes Niedersachsen, der Landwirtschaftlichen Krankenkasse Niedersachsen-Bremen und der Seekrankenkasse Hamburg [Primärkassenvertrag] und Anlage 3 des Arzneiversorgungsvertrages des Verbandes der Ersatzkassen e.V.). Die Friedenpflicht der vorgenannten bisher geltenden Vertragsgrundlagen für die Belieferung und Abrechnung des Sprechstundenbedarfs in Apotheken wird letztmalig bis zum 30. Juni 2026 verlängert, sodass ein vertragloser Zustand vermieden wird.

RSV-Prophylaxe mit Nirsevimab und Palivizumab / korrekter Verordnungsweg

Von den Krankenkassen in Niedersachsen wurden wir informiert, dass im Jahr 2025 zahlreiche Verordnungen für die RSV-Prophylaxe mit Palivizumab (Synagis®) und Nirsevimab (Beyfortus®) in unzulässiger Weise über den Sprechstundenbedarf erfolgten.

Die RSV-Prophylaxe ist keine Impfung und fällt damit auch nicht unter den in Anlage 2 der SSB-Vereinbarung aufgeführten Verordnungsweg über den Sprechstundenbedarf.

Verordnungen von Synagis® und Beyfortus® haben immer auf Namen des Patienten zu Lasten der jeweiligen Krankenkasse zu erfolgen.

Bitte beachten Sie diesen Hinweis, da eine Verordnung über den Sprechstundenbedarf ein hohes Regressrisiko birgt.

Elektronische Verordnung Digitaler Gesundheitsanwendungen (DiGA) startet freiwillig

Nach Mitteilung des Bundesgesundheitsministeriums bleibt die Verpflichtung zur elektronischen Verordnung von digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) ausgesetzt. Demnach steht es den verordnenden Ärzten und Psychotherapeuten bis auf Weiteres frei, DiGA auf Muster 16 oder elek-

tronisch zu verordnen, wenn ihr Praxisverwaltungssystem (PVS) dies unterstützt.

Die Praxen, die elektronisch verordnen, sollten ihren Patienten einen Patientenausdruck aushändigen. Wenn Patienten die DiGA über die eRezept-App einlösen können, kann auf einen Ausdruck verzichtet werden.

Als Begründung verweist das Bundesgesundheitsministerium auf die Ergebnisse der Pilotierung. Diese habe gezeigt, dass die elektronische Verordnung von DiGA technisch gut funktioniert, aber der voll-digitale Prozess auf Patientenseite im Regelfall noch nicht die entsprechenden technischen Rahmenbedingungen bietet. Wenn der Patient die eRezept-App der gematik oder die eRezept-App der Krankenkasse nutzt, dann kann er seine Verordnung direkt bei seiner Krankenkasse einlösen und den Freischaltcode anfordern. Nutzt der Versicherte keine entsprechende App, kann er mithilfe des Patientenausdrucks die Verordnung bei seiner Krankenkasse einreichen.

Sprechstundenbedarf - Import von Xylocain Gel 2% bis zum 30. April 2026 gestattet

Aufgrund des aktuell bestehenden Lieferengpasses bzw. der festgestellten Nicht-Lieferfähigkeit des Arzneimittels Xylocain Gel 2% (Wirkstoff Lidocainhydrochlorid-Monohydrat) wurde mit den Landesverbänden der Krankenkassen vereinbart, dass nach Rückfrage der Apotheken bei den Großhändlern, ein Import befristet bis zum 30. April 2026 zulässig ist.

Ab Mai 2026 sollte das Arzneimittel dann wie gewohnt in Deutschland bezogen werden können.

Änderung der Anlage V (verordnungsfähige Medizinprodukte) der Arzneimittel-Richtlinie - Verlängerung der Befristung

Mit Wirkung vom 24. März 2026 ist bei den folgenden Medizinprodukten die Befristung der Verordnungsfähigkeit nach Anlage V der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) verlängert worden:

<u>Produktbezeichnung</u>	<u>Medizinisch notwendige Fälle</u>	<u>Befristung der Verordnungsfähigkeit</u>
BSS PLUS™ (Alcon)	Als intraokulare Spüllösung bei chirurgischen Eingriffen im Auge, bei denen eine intraokulare Perfusion erforderlich ist.	23. Juni 2027
BSS™ STERILE SPÜLLÖSUNG (Alcon)	Zur Irrigation im Rahmen extraokulärer und intraokulärer Eingriffe.	23. Juni 2027
DuoVisc™	Zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophthalmochirurgie des vorderen Augenabschnittes bei Kataraktextraktion und Implantation einer Intraocularlinse.	23. Juni 2030
ProVisc™	Zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophthalmochirurgie des vorderen Augenabschnittes bei Kataraktextraktion und Implantation einer Intraocularlinse (IOL)	23. Juni 2027
VISCOAT™	Zur Anwendung bei ophthalmologischen Eingriffen am vorderen Augenabschnitt, insbesondere bei Kataraktextraktion und Intraokular-linsen-Implantation.	23. Juni 2030

Den Beschluss zur Änderung der Anlage V der AM-RL finden Sie [hier](#)

Die vollständige Anlage V finden Sie auf der [Internetseite des G-BA](#)

Neufassung des Wirtschaftlichkeitsziels preisgünstiges Leuprorelin

In der Arzneimittelvereinbarung 2026 wurde für die DW-Vergleichsgruppe 56 – Urologen und die DW-Vergleichsgruppe 57 – ermächtigte Urologen das Wirtschaftlichkeitsziel preisgünstiges Leuprorelin vereinbart. Nach einer Neubewertung der Definition dieses Wirtschaftlichkeitszieles durch die Vertragspartner der Arzneimittelvereinbarung wird die Zielvorgabe rückwirkend zum 1. Januar 2026 wie folgt neu gefasst:

Als preisgünstig angesehen und daher im Rahmen der Zielvorgabe berücksichtigt werden Camcevi®, Deplanda®, Leugon®, Leuprolin-ratiopharm®, Leuprone® HEXAL, Leuprorelin Sandoz®, Leupro-Sandoz®, Leuprostin®, Lutrate Depot®

Die aktualisierte Quoteninformation und Tischvorlage finden Sie zu Ihrer Information im KVN-Portal unter Verordnungen/Arzneimittelvereinbarung/Informationen je Fach-/Vergleichsgruppe.

Erneute Aktualisierung – Wirtschaftlichkeitsziel preisgünstiges biosimilares Denosumab

In der Arzneimittelvereinbarung 2026 wurde für die DW-Vergleichsgruppe 44 – Orthopäden das Wirtschaftlichkeitsziel preisgünstiges biosimilares Denosumab vereinbart. Nach Preisänderungen im März/April 2026 wurde die Zielvorgabe angepasst. Hier die vollständige Übersicht der Denosumab-Biosimilars (Stand Lauer Taxe 01.04.2026), die als preisgünstig angesehen und daher im Rahmen der Zielvorgabe des Wirtschaftlichkeitsziels berücksichtigt werden:

Biosimilares Denosumab 60 mg:

Acvybra®, Bildyos®, Conexence®, Evfraxy®, Izamby®, Jubbonti®, Junod®, Kefdensis®, Obodence®, Osvyrti®, Ponlimsi®, Stoboclo®, Vysribli®, Zadenvi®

Biosimilares Denosumab 120 mg:

Bilprevda®, Bomynta®, Degevma®, Denbrayce®, Enwylma®, Jubereq®, Osenvelt®, Wyost®, Xbonzy®, Zvogra®

Die aktualisierte Quoteninformation und Tischvorlage finden Sie zu Ihrer Information im KVN-Portal unter Verordnungen/Arzneimittelvereinbarung/Informationen je Fach-/Vergleichsgruppe.

Anpassung innerhalb des Wirtschaftlichkeitsziels preisg. biosim. TNF-alpha- und IL-Rezeptor-Inhibitoren

In der Arzneimittelvereinbarung 2026 wurde für die DW-Vergleichsgruppe 93 – Rheumatologen das Wirtschaftlichkeitsziel preisgünstige biosimilare TNF-alpha- und IL-Rezeptor-Inhibitoren vereinbart. Nach Änderungen im Arzneimittelmarkt hat sich bei den Tocilizumab-haltigen Arzneimitteln eine Anpassung ergeben. Hier die vollständige Übersicht der Biosimilars (Stand Lauer Taxe 01.03.2026), die als preisgünstig angesehen und daher im Rahmen der Zielvorgabe des Wirtschaftlichkeitsziels berücksichtigt werden:

biosimilares Adalimumab:

Amgevita®, Amsparity®, Hukyndra®, Hulio®, Hyrimoz®, Idacio®, Imraldi®, Yuflyma®

biosimilares Etanercept:

Benepali®, Erelzi®, Nepexto®

biosimilares Infliximab:

Flixabi®, Inflectra®, Remsima®, Zessly®

biosimilares Tocilizumab:

Avtozma®, Tocilizumab STADA®, Tofidence®, Tyenne®

biosimilares Ustekinumab:

Fymkina®, Imuldosa®, Otulfi®, Pyzchiva®, Steqeyma®, Uzpruvo®, Wezenla®, Yesintek®

Die aktualisierte Quoteninformation und Tischvorlage finden Sie zu Ihrer Information im KVN-Portal unter Verordnungen/Arzneimittelvereinbarung/Informationen je Fach-/Vergleichsgruppe.

Lyvdelzi® (Seladelpar) als bundesweite Praxisbesonderheit anerkannt

Lyvdelzi® (Wirkstoff: Seladelpar) wird nach einer Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem pharmazeutischen Unternehmer Gilead Sciences GmbH ab dem ersten Behandlungsfall als Praxisbesonderheit ab dem 01.04.2026 anerkannt:

- für die Behandlung der primär biliären Cholangitis (PBC) in Kombination mit Ursodeoxycholsäure (UDCA) bei Erwachsenen, die nicht ausreichend auf UDCA alleine ansprechen, oder als Monotherapie bei Patienten, die UDCA nicht vertragen.

Weitere Anwendungsgebiete oder Patientengruppen von Lyvdelzi® sind hiervon nicht umfasst. Die Vorgaben der Fachinformation sind zu berücksichtigen.

Die Anerkennung als Praxisbesonderheit gilt nicht bei der Anwendung von Lyvdelzi® außerhalb der gesetzlich bestimmten Bedingungen („off label use“).

Die Praxisbesonderheit gilt längstens bis zum Ablauf des Patent- und Unterlagenschutzes und solange Gilead Sciences GmbH Lyvdelzi® in Deutschland vertreibt.

Weitere Informationen zur Praxisbesonderheit finden Sie auf der Seite des GKV-Spitzenverbandes unter dem folgenden Link https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/arzneimittel/amnog_praxisbesonderheiten/25051pb20260401.pdf

Allgemeine Hinweise

Aktualisierung der Technischen Regeln für Biologische Arbeitsstoffe -Biologische Arbeitsstoffe im Gesundheitsdienst und in der Wohlfahrtspflege (TRBA 250)

Im November 2025 wurde die TRBA 250 neugefasst. Aus diesem Grund hat das Kompetenzzentrum Hygiene und Medizinprodukte (CoC) die alte (2018) und neue (2025) Version gegenübergestellt und die relevanten Änderungen farblich dargestellt.

Weiter hat das CoC ausgewählte Änderungen der TRBA 250 zusammengefasst.

Weder die Gegenüberstellung noch die herausgestellten Punkte durch das CoC erheben Anspruch auf Vollständigkeit. Es liegt in der Verantwortung der Einrichtung zu prüfen, ob im einrichtungs-internen Hygienemanagement Anpassungen vorzunehmen sind.

Die ausführliche Gegenüberstellung des CoC als pdf finden Sie [hier](#)

Kostenträger Region Hannover: AsylbLG-Berechtigte überweisen

Zur ärztlichen Inanspruchnahme erhalten AsylbLG-Berechtigte von der Region Hannover oder den zuständigen Sozialleistungsträgern in den Kommunen Behandlungsscheine/-ausweise. Wird innerhalb des genehmigten Zeitraumes die Weiter- oder Mitbehandlung durch einen Arzt einer anderen Fachrichtung erforderlich, ist ein Überweisungsschein auszustellen. Um auf den eingeschränkten Leistungsanspruch hinzuweisen, ist der Überweisungsschein im Statusfeld mit dem Zusatz „Asyl“ zu kennzeichnen.

Versicherteninformation zur Lungenkrebsfrüherkennung mittels Niedrigdosis-Computertomographie bei starken Rauchern beschlossen

Mit Beschluss vom 18. Juni 2025 hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die Einführung der Lungenkrebsfrüherkennung bei starken Rauchern geregelt. Dieser ist am 5. September 2025 in Kraft getreten. Das Wirksamwerden des Beschlusses ist u. a. an das Vorliegen einer Versicherteninformation geknüpft, welche nachgelagert beraten wurde und nun Anlage der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie (KFE-RL) wird.

Die Versicherteninformation kann in Kürze über den Bestellschein „Vordrucke, Broschüren, Flyer: GKV allgemein“ beim Zentralversand der Bezirksstelle Hannover bestellt werden. Den Bestellschein finden Sie auf unserer Homepage unter: <https://www.kvn.de/Mitglieder/Praxisfuehrung/Formularbestellungen.html>

Der Erweiterte Bewertungsausschuss hat zwischenzeitlich die Vergütung der Lungenkrebs-Früherkennung beschlossen. Zudem sind die Ergänzung der Qualitätssicherungsvereinbarung nach §135 Absatz 2 SGB V zur Strahlendiagnostik und -therapie sowie die Anpassungen des Bundesmantelvertrags-Ärzte in Arbeit.

Das Screening-Angebot kann daher voraussichtlich ab April in die Versorgung kommen, wenn die genannten Anpassungen erfolgt sind. Über den Umsetzungstermin werden wir Sie zeitnah informieren.

Bestellverfahren für COVID-19-Impfstoff wird voraussichtlich zur Impfsaison 2026/2027 umgestellt

Bei der Bestellung von COVID-19-Impfstoffen steht für Praxen im Laufe des Jahres eine Änderung an. Die bisherige zentrale Beschaffung dieser Impfstoffe durch den Bund läuft planmäßig aus. Sobald die Bestände des Bundes aufgebraucht sind oder sie ihr Verfallsdatum erreicht haben, erfolgt die Bestellung regulär - wie bei anderen Impfstoffen auch - über die Apotheke. Kostenträger ist dann die jeweils zuständige Krankenkasse.

Eine Vorbestellung von COVID-19-Impfstoffen bereits Monate vorab - wie bei Grippeimpfstoffen erforderlich - ist nach derzeitigem Stand grundsätzlich nicht notwendig. COVID-19-Impfstoffe sollen auch ohne Vorbestellung in den Apotheken erhältlich sein.

Wir werden Sie rechtzeitig vor Umstellung des Bestellverfahrens erneut informieren.

Techniker Krankenkasse (TK) - Besondere Versorgung zur frühzeitigen Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus: Gesundheits- und Ernährungsberatung mit Oska-Plus

Ab 1. April 2026 können teilnehmende Ärzte ihren Patienten mit Diabetes und einer eingeschränkten Nierenfunktion die Oska-Plus App empfehlen. Oska-Plus-Nutzer erhalten individuelle Empfehlungen zu Ernährung, Bewegung, Blutdrucktherapie und Medikamenteneinnahme sowie Antworten auf persönliche Gesundheits- und Ernährungsfragen. Die Ausgabe des QR-Codes ist mit der GOP 99159 (bewertet mit 10 Euro) abrechenbar.

Näheres jederzeit im KVN-Portal: Rubrik „Verträge“ >> Suchbegriff „TK“ >> Diabetesvorsorge

Versorgungsprogramm BKK Rheuma endet am 30. Juni 2026

Diese Versorgung stellte bislang eine verlaufsadaptierte und engmaschige Behandlung bei teilnehmenden Rheumatologen sicher. Für Versicherte der teilnehmenden Betriebskrankenkassen kommt eine Abrechnung dieser besonderen Leistungen (GOP 99162 bis 99169) nur noch im 2. Abrechnungsquartal in Betracht.

Kooperationsanfragen an Mitglieder

Die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (KVN) erhält häufig Kooperationsanfragen von Institutionen im deutschen Gesundheitswesen und Universitäten. In der Regel geht es dabei um Online-Befragungen oder Informationen über bestimmte Diagnosen und Behandlungsmethoden.

[Diese Kooperationsanfragen finden Sie auf unserer Internetseite.](#)



Veranstaltungen

Unser komplettes Seminarangebot und welche Angebote für Ihre Praxis und die MitarbeiterInnen am besten geeignet sind, finden Sie auf unserer Internetseite. Dort können Sie sich [direkt online anmelden](#). Wenn ein Seminar interessant ist, gelangt man mit nur einem Klick auf den Titel zum Seminar und erhält dort alle weiteren Informationen.

Montag, 4. Mai 2026

- [Intensivkurs Teamleitung](#) (WebSeminar)

Mittwoch, 6. Mai 2026

- [Moderne Wundversorgung](#) (WebSeminar)
- [Stressfrei durch den Praxisalltag](#) (WebSeminar)

Donnerstag, 7. Mai 2026

- [Teams erfolgreich führen und entwickeln](#) (Hannover)

Freitag, 8. Mai 2026

- [Der Knigge - Wertschätzung und Respekt](#) (Hannover)
- [QEP®-Intensivkurs \(2-tägig\)](#) (WebSeminar)

Samstag, 9. Mai 2026

- [Raus aus der Stressfalle](#) (Hannover)

Mittwoch, 20. Mai 2026

- [Fit for Work - Überzeugend im Auftritt](#) (Hannover)
- [Arzneimittelverordnungen](#) (WebSeminar)
- [DMP - Das Meistern Praxen](#) (Braunschweig)
- [Praxisorganisation und Praxisführung](#) (WebSeminar)
- [Impfen](#) (WebSeminar)
- [Update Digitalisierung: Die elektronische Patientenakte](#) (WebSeminar)

Freitag, 22. Mai 2026

- [Schwierige Gesprächssituationen erfolgreich meistern](#) (Hannover)

Mittwoch, 27. Mai 2026

- [Update Digitalisierung: Die Identifikationskarten für die Telematikinfrastruktur: Security Module Card \(SMC-B\) und elektronischer Heilberufsausweis \(eHBA\)](#) (WebSeminar)



Ausschreibungen für Nachfolgezulassungen in gesperrten Planungsbereichen

Die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (KVN) schreibt hiermit folgende Vertragsarzt-/Vertragsärztinnen-/Vertragspsychotherapeuten-/Vertragspsychotherapeutinnensitze aus:

Die Ausschreibungen für Nachfolgezulassungen im Monat April 2026 finden Sie [hier](#).

Oder Sie besuchen unsere [Internetseite](#)

Nachtrag 21 zur Satzung der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen

Hiermit wird die Änderung der Satzung der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN) in der Neufassung vom 01.01.2005 aus der Sitzung der Vertreterversammlung der KVN vom 22.11.2025 (21. Nachtrag) bekannt gemacht.

Der Nachtrag 21 der Satzung der KVN ist im Internet unter <https://www.kvn.de/Amtliche+Bekanntmachungen.html> veröffentlicht. Auf Anforderung wird der Text der Bekanntmachung in Papierform zur Verfügung gestellt.

Impressum

KVNBachrichten

Das Rundschreiben der
Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen
2. Jahrgang, Nr. 04/2026

Herausgeber:

Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen
Berliner Allee 22, 30175 Hannover

Redaktionsausschuss:

Mark Barjenbruch, Thorsten Schmidt, Nicole Löhrl,
Dr. Eckart Lummert, Dr. Ludwig Grau

Redaktion:

Detlef Haffke (v.i.S.d.P.), Lars Menz,
Michael Aßhauer, Sandra Meyer

Anschrift der Redaktion:

Berliner Allee 22, 30175 Hannover
pressestelle@kvn.de
www.kvn.de

Bildnachweis

S. 1 oben und S. 4: spukkato_iStock; S. 1 unten links und S. 5 unten:
Nils Hendrik Müller; S. 1 unten rechts und S. 8: KBV; S. 3 und S. 5
oben: KBV; S. 12: axentis/Lopata

April Ausgabe 2026 veröffentlicht am 10. April 2026

Monatliches Mitteilungsorgan der KVN
mit Berichten aus der Selbstverwaltung
und aktuellen Hinweisen zur Praxisführung

KVNBachrichten

Das Rundschreiben der Kassenärztlichen
Vereinigung Niedersachsen

03/2026



Ärzte und Patienten im Nationalsozialismus. KVN zeigt Ergebnisse einer Forschungsarbeit – **Seite 5**
Vertreterversammlung. gematik will Digitalisierungsausschuss der KVN enger einbinden – **Seite 7**
KVN meets FDP. KVN sucht das Gespräch auf Parteitag – **Seite 9**

Inhalt – KVNachrichten 03/2026



Editorial



Nachrichten

Ärzte und Patienten im Nationalsozialismus	5
gematik will Digitalisierungsausschuss der KVN enger einbinden	7
KVN meets FDP	9
Zi-Praxis-Panel	10
Die ePA ist da	11
„Früherkennung verhindert, dass der Darmkrebs überhaupt entsteht“	11
Kampagne „Lass dich nieder im Praxenland“ erreicht ihren Höhepunkt	13
Barrierefreiheit in Praxen: Kriterienkatalog erweitert	13



ATIS informiert

Hämatome unter dem Aromatasehemmer Letrozol? Eine denkbare Nebenwirkung, aber auch andere Ursachen sind zu prüfen	15
--	----



Abrechnung

Abgabetermin Quartalsabrechnung 1/2026	17
Online Abgabe Abrechnung vs. 1-Click-Abrechnung	18
Zuschlag zur Vorhaltepauschale - Abfrage Kriterien Nr. 9 und Nr. 10	18
Wegfall Scheinabgabe PK/EK	19
Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM für das 2. Quartal 2026 für alle dem RLV unterliegenden Arztgruppen des fachärztlichen Versorgungsbereichs	19
Begrenzung des genetischen Labors (Leistungen der Abschnitte 11.4 und 19.4 EBM, falls kassenseitig nicht extrabudgetär vergütet)	20
Mitteilung der fachgruppenschnittlichen Obergrenze für Kontrastmittel für das Quartal 2/2026	20
Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM Teil B Nr. 16.1 und 16.2 für das 2. Quartal 2026 - Fachgruppenschnittswerte für Laborindividualbudgets	21
Fachpsychotherapeuten für Neuropsychologische Psychotherapie in den EBM aufgenommen	21
EBM für die Arzneimittel Leqembi® und Itovebi® angepasst	22



Verordnung

Imfinzi® (Durvalumab) in einer weiteren Praxisbesonderheit anerkannt 24

Iqirvo® (Elafibranor) als bundesweite Praxisbesonderheit anerkannt 25

Adzyna® (rADAMTS13) als Praxisbesonderheit anerkannt. 25

Anpassung der Anlage III der Arzneimittel-Richtlinie - Lecanemab 26

Verwendung des eRezeptes als Maßnahme gegen Rezeptfälschungen 26

Neu: Patienteninfo zum Ruhen des GKV-Leistungsanspruchs bei längerem
Auslandsaufenthalt 27

Aktualisierung - Wirtschaftlichkeitsziel preisgünstiges biosimilares Denosumab 27

Diagnose auf einer Hilfsmittelverordnung 28

Ausweitung der Aut-idem-Regelung auf Biologika - Änderung der Arzneimittel-
Richtlinie. 28

Sprechstundenbedarf - Importmöglichkeit von Neosynephrin 5% AT (Wirkstoff
Phenylephrinhydrochlorid). 29



Allgemeine Hinweise

COVID-19-Impfstoff Comirnaty KP.2 für Personen ab 12 Jahren nur noch bis zum
28. Februar 2026 verwenden 30

Besondere Versorgung über den ambulanten Einsatz von Smart-Ereignis-
Rekordern zur Erfassung von Herzrhythmusstörungen 30

Neue Empfehlungen zur Impfung für Kinder und Jugendliche gegen Meningokokken
A, C, W, und Y in die Schutzimpfungs-Richtlinie (SI-RL) aufgenommen 31

Neue Impfeempfehlung gegen Herpes zoster bei erhöhtem Erkrankungsrisiko. 31

Save-the-Date: 3. Telemedizin-Kongress Norddeich - FISH&Chips 31

Besonderen Versorgung zur Behandlung von Gestationsdiabetes und sonstigen
Diabetesformen durch Diabetologische Schwerpunktpraxen (GDM-DM3-Vertrag):
Debeka BKK ab 1. April 2026 neu dabei 32

Kooperationsanfragen an Mitglieder. 33



Veranstaltungen



Amtliches

Bekanntmachung Heilmittelvereinbarung für das Jahr 2026 35

Änderung des Honorarverteilungsmaßstabes der KVN. 35

Amtsübergang in der Vertreterversammlung der KVN 35

Ausschreibungen für Nachfolgezulassungen in gesperrten Planungsbereichen 36



Editorial

Liebe Leserinnen und Leser,

Ich empfehle Ihnen, die Wanderausstellung „Systemerkrankung: Arzt und Patient im Nationalsozialismus“ in Hannover anzusehen. Die Ausstellung ist noch bis zum 27. März im Haus der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen an der Berliner Allee 22 zu sehen. Bringen Sie sich dafür bitte unbedingt etwas Zeit mit. Es ist keine Ausstellung, durch die Sie nebenbei zu Entspannung schlendern. Die Ausstellung fordert gerade bei Ärztinnen und Ärzten volle Aufmerksamkeit – manchmal tut sie auch weh.

Die Ausstellung dokumentiert die Rolle der Ärzteschaft und ihrer Standesverwaltung im Nationalsozialismus. Sie zeigt Biografien, Dokumente und Strukturen, sie macht sichtbar, wie eng ärztliches Tun, Gesundheitspolitik und Unrecht im Nationalsozialismus verknüpft waren. Und sie zeigt auch: Die Geschichte der Verbrechen ist nicht nur eine Geschichte Einzelner, sondern eine Geschichte eines Berufsstandes, der sich in weiten Teilen ideologisch vereinnahmen ließ.

Mit der Ausstellung „Systemerkrankung“ wollen wir Räume der Information, der Reflexion und des Dialogs eröffnen. Wir wollen dazu ermutigen, hinzuschauen, Fragen zu stellen, sich mit Biografien zu beschäftigen – mit den Opfern, aber auch mit den Tätern und Mitläufern. Nur wenn wir verstehen, wie es soweit kommen konnte, können wir heute konsequent verhindern, dass ähnliche Mechanismen erneut greifen.

Sjoma Liederwald – Historiker und Kurator der Ausstellung „Systemerkrankung“





Nachrichten

Ärzte und Patienten im Nationalsozialismus

KVN zeigt Ergebnisse einer jahrelangen Forschungsarbeit



In den Räumen der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN) ist noch bis zum 27. März 2026 die Ausstellung „Systemerkrankung: Arzt und Patient im Nationalsozialismus“ zu sehen. Sie zeigt in eindrücklicher Weise durch multimedial aufbereitetes, bislang unveröffentlichtes Quellenmaterial, wie Ärztinnen und Ärzte und ihre Landesvertretung zu Verbrechen einer menschenverachtenden Ideologie und deren Umsetzung beigetragen haben. Die Ausstellung, die am 6. März 2026 feierlich eröffnet worden ist, basiert auf einem mehrjährigen Forschungsprojekt im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und wurde vom Zentrum für Antisemitismusforschung der TU Berlin kuratiert.

Zu Beginn der Eröffnungsveranstaltung wies der Vorsitzende der Vertreterversammlung der KVN, Dr. Eckart Lummert, darauf hin, dass nicht zuletzt der hippokratische Eid „uns an die tiefe moralische Verantwortung erinnert, die mit unserem Berufsstand einhergeht. Diese Ausstellung macht deutlich, dass wir dieser moralischen Verantwortung im Dritten Reich nicht gerecht geworden sind.“ Diese Ausstellung zeige, weshalb Erinnerungsarbeit zum Nationalsozialismus auch 81 Jahre nach dem Ende des Nazi-Regimes wichtig ist und bleibt. „Sie ist Mahnmal, Warnung und Erinnerung und zeigt uns: Nur weil das Regime gefallen ist, sind die Gedanken nicht verschwunden.“ Zu den Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigungen und den anderen ärztlichen Verbänden gehöre es auch zu verdeutlichen, was auf dem Spiel steht, wenn in einem Berufsstand, der dem Menschen verpflichtet ist, die Menschlichkeit verloren geht.

Hanna Naber, die Landtagspräsidentin von Niedersachsen, setzte sich in Ihren Grußworten entschieden für den Schutz jüdischen Lebens und die Bekämpfung von Antisemitismus ein. Sie betonte, dass Antisemitismus die Gesellschaft vergifte und in Niedersachsen kein Platz dafür sei. „Die Ausstellung ‚Systemerkrankung‘ ist deshalb so wichtig, da sie anschaulich zeigt, dass unsere Gesellschaft wachsam bleiben muss, damit Rassenwahnsinn und antidemokratische Tendenzen in unserem Land nicht Fuß fassen.“ Wichtig sei es, Antisemitismus im Alltag zu erkennen, ihm entgegenzutreten und entschieden zu widersprechen. Naber bezeichnete es als beschämend,

links: Mark Barjenbruch (KVN-Vorstandsvorsitzender), Landtagspräsidentin Hanna Naber, Thorsten Schmidt (stellv. KVN-Vorstandsvorsitzender) rechts: Die Ausstellung „Systemerkrankung“ unten: Medizinhistoriker Dr. Peter Schulze.



dass „Täter in weißen Kitteln“ auch zur Vernichtung von Jüdinnen und Juden und Andersdenken beigetragen hätten.

Einen Blick hinter die Kulissen zur Entstehung der Ausstellung gab der Kurator Sjoma Liederwald. „Begonnen haben wir mit dem Umzug der KBV im Jahr 2014 von Köln nach Berlin.“ Damals habe man bei der Auflösung der Büros in Köln bei einer inzwischen verstorbenen „grauen Eminenz“ der damaligen KBV in einem Tresor – „zu dem niemand den Code kannte“ – eine Vielzahl historischer Dokumente, Protokolle, Listen und Notizen aus der NS-Zeit gefunden. Drei Jahre habe man benötigt, um alle Aktenordner zu sichten, zu sortieren und durchzugehen. Am Ende sei daraus das Forschungsprojekt der KBV entstanden. „Das Ergebnis zeigen wir jetzt in Hannover“, so Liederwald, „und wollen damit vor allem in den Dialog gehen.“

Zuvor hatte der Wissenschaftler und Medizinhistoriker Dr. Peter Schulze aus Hannover den Blick insbesondere auf die Ausgrenzung jüdischer Medizinerinnen und Mediziner in Niedersachsen gerichtet. Schulze verdeutlichte, dass sich insbesondere für jüdische Ärzte mit der Machtübernahme der Nationalsozialisten 1933 vieles abrupt änderte. Zahlreiche jüdische Mediziner wurden aus ihren Ämtern gedrängt, entrechtet, zur Emigration gezwungen oder später deportiert und ermordet.

Öffnungszeiten

Die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (KVN) präsentiert noch bis zum 27. März 2026 in den Räumen der KVN-Bezirksstelle Hannover (Schiffgraben 28, 30175 Hannover/Zugang über Innenhof Berliner Allee22) die KBV-Wanderausstellung „Systemerkrankung: Arzt und Patient im Nationalsozialismus“ der Öffentlichkeit.

Die Ausstellung ist für die Öffentlichkeit jeweils von Montag bis Donnerstag von 10 Uhr bis 17 Uhr und am Freitag von 10 Uhr bis 14 Uhr geöffnet. Der Eintritt ist kostenfrei. Schulklassen sind willkommen.

Weitere Informationen

<https://www.systemerkrankung.de/>

<https://www.tu.berlin/asf/forschung/forschungsprojekte/kbv>



**Dr. Eckart Lummert,
Vorsitzender der KVN-
Vertreterversammlung**

gematik will Digitalisierungsausschuss der KVN enger einbinden

KVN-Vertreterversammlung unterstützt bei ihrer Sitzung am 7. März in Hannover die aktuellen politischen Bemühungen



Vorsitzender Dr. Eckart Lummert gratulierte zu Beginn der Sitzung der KVN-Vertreterversammlung am 7. März 2026 in Hannover Dr. Marion Renneberg zu Ihrer Wahl zur neuen Präsidentin der Ärztekammer Niedersachsen. Renneberg, die auch Mitglied der KVN-Vertreterversammlung ist, betonte, dass beide Institutionen, Kammer und KV, mit einer „gemeinsamen Stimme“ sprechen müssten, um Gehör und nötige Schlagkraft zu erzeugen. Die Vertreterinnen und Vertreter der KVN sahen das genauso. Nicole Löhr, Vorständin der KVN, bekam von der Vertreterversammlung ebenfalls starken Rückhalt. Dass die gematik, auf Bundesebene verantwortlich für die Telematikinfrastruktur (TI), zukünftig bei verschiedenen Fragestellungen die fachliche Expertise des Digitalisierungsausschusses der KVN einholen will, ist ihr Erfolg – ebenso wie der der Ausschussmitglieder unter Führung von Dr. Kristina Spöhrer. Vertreter Per Kistenbrügge brachte das Lob der Vertreterversammlung auf eine einfache Formel: „Geil“.

Die Möglichkeit, somit eine wahrnehmbare Positionierung der KVN aus ambulanter Sicht vornehmen und frühzeitig eine Kommentierung von Entwürfen und Konzepten abgeben zu können, ist bei den weiteren anstehenden Digitalisierungsbemühungen extrem wertvoll. Nächster Schritt ist nun zunächst die Erprobungsphase des digital gestützten Medikationsliste in der elektronischen Patientenakte (ePA). Löhr kündigte an, dass die KVN von Juli bis Oktober mit etwa sechs niedergelassenen Praxen als freiwillige Testregion teilnehmen und sich so aktiv an der Umsetzung beteiligen will. Geht es nach Bundesgesundheitsministerin Warken soll die ePA zentraler Begleiter der Patientinnen und Patienten in einem Primärversorgungssystem werden. Löhr bemängelte, dass die ePA nach wie vor technisch unzuverlässig und kompliziert in der Nutzung sei. Ob sie also als zentrales Instrument taue, sei fraglich, zumal die freiwillige Nutzung der ePA dem eigentlich entgegenstehe. Richtig zum Laufen käme sie ohnehin nur, wenn der stationäre Sektor in der Anwendung nachziehe. Auch diese Forderung unterstützten die Vertreterinnen und Vertreter und applaudierten lautstark.

**links: Vorständin
Nicole Löhr
rechts: Dr. Eckart Lum-
mert gratuliert
Dr. Marion Renneberg**

Bereitschaftsdienstreform überzeugt

Thorsten Schmidt, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der KVN, zeigte die Erfolge der Bereitschaftsdienstreform auf. Durchschnittlich 6,2 Minuten zwischen Patientenruf und Arztkontakt. Die Quote der Bereitschaftsfälle, die von Ärzten ohne Fahrdienstalarmierung – also telemedizinisch – behandelt wurden, lag in den Monaten Juni 2025 bis Februar 2026 im Durchschnitt bei 82,9 Prozent. Die Vertreterinnen und Vertreter klatschten auch hier. Im anstehenden Gesetz zur Reform der Notfallversorgung ist derzeit aber noch immer eine aufsuchende Versorgung von Akutpatienten vierundzwanzig Stunden am Tag, sieben Tage die Woche enthalten. Schmidt hält von diesen Doppelstrukturen verständlicher Weise nichts. „Das lehnen wir total ab“, sagte er und konnte sich auch hier der Unterstützung der Vertreterversammlung sicher sein. Er erinnerte noch einmal daran, dass sich die Versorgung der Zukunft verändern werde, dass längere Wartezeiten und weitere Fahrwege unvermeidbar seien – eine Situation wie sie sich aktuell regional bereits in der rheumatologischen Versorgung zeige. Dies müsse kommuniziert werden. Auch Johannes Neimann, Vertreter aus Peine, forderte, ein klares Bild der Versorgungsrealität aufzuzeigen. Vertreter Dr. Wolfgang Böker betonte wie Schmidt, dass die schwierige Rheuma-Situation angesichts des Ärztemangels nur der Anfang sei. Daher müsse vor allem die Weiterbildung gestärkt werden – gerade auch, und da nahm er Bezug zur Äußerung von Renneberg zu Beginn, in Zusammenarbeit mit der Ärztekammer. Dr. Matthias Berndt, erster Vorsitzender des Hausärztinnen und Hausärzterverbandes Niedersachsen, stimmte dem zu und forderte zusätzlich andere Versorgungswege anzudenken – und auch hier die Telemedizin stärker einzubinden. Dr. Sebastian Bork aus Lingen dankte dem KVN-Vorstand dafür, die gegenwärtigen Probleme der rheumatologischen Versorgung in der Fläche aktiv und pragmatisch angegangen zu sein. Dass man sich auf die KVN verlassen könne, sei ein gutes Gefühl.

Termine müssen bezahlt werden

Vorstandsvorsitzender Mark Barjenbruch kritisierte, dass in der Bundespolitik derzeit die ersatzlose Streichung aller Vergütungsregelungen des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) diskutiert werde, gleichzeitig aber mehr Termine gefordert würden. Mehr Arbeit für weniger Geld könne wohl kaum die Lösung sein. Laut einer Umfrage der Kassenärztlichen Bundesvereinigung können 57 Prozent der Bevölkerung das ebenfalls nicht nachvollziehen. „Wer Termine will, muss auch dafür zahlen“, sagte Barjenbruch und die Vertreterversammlung applaudierte kräftig. Barjenbruch gab zudem einen Überblick über die zahlreichen anstehenden Gesetzesvorhaben in diesem Jahr und erinnerte daran, dass der Niedersächsische Gesundheitsminister Philippi 2026 den Vorsitz der Gesundheitsministerkonferenz der Länder habe. Ob der ambulante Bereich davon jedoch profitieren könne, müsse abgewartet werden. Immerhin, kündigte Barjenbruch an, werde Philippi im Rahmen seiner diesjährigen Sommereise eine ambulante Praxis auf Norderney besuchen und sich vor Ort ein Bild machen.

Dr. Eckart Lummert schloss am Ende eine lebhaftere Sitzung, nicht ohne darauf hinzuweisen, dass die bei der Abrechnung abzugebende Sammelerklärung ab dem 2. Quartal 2026 gestrafft und digital möglich werde. Noch etwas, dass die Vertreterversammlung mit Applaus unterstützte.

KVN meets FDP

Die KVN sucht aktiv das Gespräch mit den Delegierten auf den niedersächsischen Parteitag



Die Gesundheitsversorgung spielt bei allen Parteien eine wichtige Rolle – auf dem Land genauso wie in der Stadt. Themen gibt es genug! So waren wir am vergangenen Wochenende (7./8. März) auf dem Parteitag der Freien Demokraten in Celle. Wenn die FDP, nur wenige Kilometer von der KVN-Hauptgeschäftsstelle in Hannover entfernt, ihren Parteitag abhält, nutzen wir selbstverständlich die Gelegenheit, wichtige politische Akteure zu treffen. Am Informationsstand der KVN hat sich die Geschäftsführung der KVN-Bezirksstelle Hannover, Julian Elgeti und Matthias Abshagen sowie die Praxisberaterin Franziska Junge-Gödecke den zahlreichen Fragen der Delegierten gestellt. Tatkräftig unterstützt von den beiden KVN-Vorstandsdezernentinnen Kirstin Lucke und Alina Arkenberg. Renner am KVN-Stand war das Messen des „Parteitagblutdrucks“ durch die engagierten Bröckeler Ärztinnen und Ärzte Dr. Elena Hutter, Dr. Volkmar Hutter, Dr. Björn Deblitz und Dr. Vlad Salajejan. Danke für den Einsatz!

FDP-Parteivorsitzender Christian Dürr, der seit dem 16. Mai 2025 der Bundesvorsitzende der FDP ist, besuchte den KVN-Infostand.

Im Austausch mit den politischen Vertreterinnen und Vertretern haben wir zentrale KVN-Themen angesprochen, die für die ambulante Versorgung entscheidend sind. Dazu gehören zum Beispiel: Bürokratieabbau in den Praxen, Bagatellgrenzen bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen, eine bessere Patientensteuerung und Einsparpotentiale im Gesundheitswesen. Wir haben klar gemacht: ärztliche und psychotherapeutische Leistungen kann es nicht ohne angemessene Vergütung geben.

Auf dem Parteitag haben Niedersachsens Freie Demokraten die Führungsspitze neu gewählt. Auf Konstantin Kuhle folgt Gero Hocker. Die Partei bereitet sich damit schon auf die Landtagswahl 2027 vor. Das bisherige Führungsteam der Partei, der Vorsitzende Konstantin Kuhle aus Göttingen und die Generalsekretärin Imke Haake aus Oldenburg, gaben die Ämter ab. Gero Hocker aus Achim (Kreis Verden), promovierter Wirtschaftswissenschaftler und Mitarbeiter eines Unternehmens der Geflügelwirtschaft in Visbek, steht künftig an der Spitze der Landespartei. Er dürfte auch Spitzenkandidat für die Landtagswahl im Spätsommer oder Herbst 2027 werden.

**links: Messung des Parteitagblutdrucks
rechts: FDP Vorsitzender Christian Dürr (2.v.l.) mit den Ärzten Dr. Elena und Dr. Volkmar Hutter (rechts) und den KVN-Mitarbeitern Alina Arkenberg (Mitte) und Matthias Abshagen (links)**

Zi-Praxis-Panel

Ab März Erhebung von Daten zur wirtschaftlichen Entwicklung in Praxen – Teilnahme wird erleichtert



Im Rahmen des Zi-Praxis-Panels erhebt das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi) jährlich Daten zur wirtschaftlichen Entwicklung in den Praxen der vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Versorgung. Ziel des Zi-Praxis-Panels ist es, mit repräsentativen Daten die Verhandlungsposition der Ärzteseite untermauern zu können und mit wissenschaftlicher Forschung Transparenz zur wirtschaftlichen Lage und zu allgemeinen Rahmenbedingungen herzustellen.

Die Ergebnisse aus dem Zi-Praxis-Panel werden durch die zur jeweiligen Erhebungswelle erscheinenden Jahresberichte sowie durch Fachinformationen, Fachartikel und Online-Informationsangebote der Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt. Diese stehen unter www.zi-pp.de und www.zi.de öffentlich zugänglich zur Verfügung. Das Zi stellt den Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zudem Auswertungen zur Verfügung, die diese in ihre jeweiligen Verhandlungen mit den Kassenkassen einbringen oder im Rahmen der KV-Praxisberatung verwenden.

Im März 2026 beginnt die nächste Erhebungswelle des Zi-Praxis-Panels. Die Befragung erfolgt per Online-Fragebogen, welcher neben verschiedenen Merkmalen der Praxis sowie Angaben zu den Inhaberinnen und Inhabern sowie Angestellten in der Praxis auch die Finanzdaten der Praxen beleuchtet. Da das Zi-Praxis-Panel im Kern die wirtschaftliche Seite der Praxistätigkeit beschreiben soll, ist dieser Teil von großer Bedeutung.

Zur nunmehr 16. Erhebungswelle hat das Zi das Zi-Praxis-Panel einer grundlegenden Überarbeitung unterzogen und weitreichende Änderungen umgesetzt, um die Teilnahme für die Niedergelassenen zu erleichtern und den Teilnahmeaufwand erheblich zu reduzieren:

Die Abfrage der Merkmale der Praxis und zu den in der Praxis tätigen Personen wurde auf die wichtigsten Kernmerkmale reduziert und vereinfacht. Die bislang zur Erhebung der Finanzdaten vorgesehene Einbindung der Steuerberaterinnen bzw. Steuerberater entfällt. Anstatt der bislang vorgesehenen Datenerhebung für vier Jahre werden nur noch zwei Jahre erfragt. Diejenigen Praxen, deren Angaben für das Jahr 2023 bereits in der vorhergehenden Erhebung übermittelt wurden, müssen nur noch die Angaben für das Jahr 2024 ergänzen.

Schwerpunkt Krisenresilienz

Im Schwerpunkt wird in dieser Erhebung zudem die Krisenresilienz der vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland betrachtet. Vor dem Hintergrund multipler Krisen und der aktuellen politischen und gesellschaftlichen Debatte zur Krisenresilienz in Deutschland soll ein Überblick geschaffen werden, wie Praxen auf mögliche Krisensituationen wie bspw. flächendeckende Ausfälle der Strom- und Energieversorgung oder der IT- und Telekommunikations-Infrastruktur vorbereitet sind, aber auch welche Lücken und (Informations-)Defizite es gibt.

Aufwandspauschale bei Teilnahme

Zum Start der diesjährigen Erhebung werden etwa 70.000 Praxen per E-Mail oder postalisch angeschrieben und um Teilnahme gebeten.

Die Teilnehmenden erhalten eine Aufwandspauschale. Diese beträgt 180 Euro je Einzelpraxis, 240 Euro je Berufsausübungsgemeinschaft mit bis zu drei Inhabern und 280 Euro je Berufsausübungsgemeinschaft mit mehr als drei Inhabern (jeweils einschließlich der gesetzlichen Umsatzsteuer). Zusätzlich profitieren Teilnehmende von einem individuellen Praxisbericht, der nach

Auswertung aller Daten über das Online-Portal des Zi-Praxis-Panels zur Verfügung gestellt wird.

Telefonisch ist die Zi-Treuhandstelle von Montag bis Donnerstag, jeweils von 8 bis 16 Uhr, sowie freitags von 8 bis 14 Uhr erreichbar unter 0800 4005 2444. E-Mail: kontakt@zi-ths.de

Die Erhebungswelle endet am 31. Mai 2025. Informationen zum Zi-Praxis-Panel sowie den Zugang zur Befragung finden Sie unter www.zi-pp.de.

Die ePA ist da Reden wir darüber!

Die elektronische Patientenakte (ePA) ist inzwischen im Versorgungsalltag angekommen. Doch wie wird sie tatsächlich genutzt? Wo bestehen Herausforderungen, und welche Verbesserungen wünschen sich Praxisteams sowie Patientinnen und Patienten?

Diesen Fragen widmet sich das Forschungsprojekt „ePA4all“ der Charité Berlin. Ziel ist es, die ePA praxisnah weiterzuentwickeln und ihr Potenzial für die Versorgung besser auszuschöpfen. Dafür sind insbesondere die Erfahrungen derjenigen entscheidend, die täglich mit ihr arbeiten.

Hausärztinnen und Hausärzte sowie Medizinische Fachangestellte sind eingeladen, an einer kurzen Online-Befragung teilzunehmen. Die Teilnahme dauert etwa 25 Minuten und ist anonym. Die Umfrage läuft bis zum 30. Juni 2026.

Neben der Möglichkeit, aktiv zur Verbesserung der ePA beizutragen, werden unter allen Teilnehmenden Wunschgutscheine im Wert von 25 Euro verlost.

Interessierte können über den QR-Code direkt zur Umfrage gelangen:

https://befragung.charite.de/evasys/public/online/index/index?online_php=&p=epa-4&ONLINEID=882396173261882315841872540303167339592593

ePA 4all
Meine Akte, Meine Meinung

Die elektronische Patientenakte ist da.

Reden wir darüber!

Sie arbeiten in einer Hausarztpraxis? Wir sind neugierig auf Ihre Erfahrungen mit der elektronischen Patientenakte und möchten gerne mehr über Ihre Sichtweise erfahren.

Ihre Meinung zählt! Nehmen an Umfrage teil und gewinnen Wunschgutscheine.

„Früherkennung verhindert, dass der Darmkrebs überhaupt entsteht“

KBV bietet Infomaterialien für Praxen zum Darmkrebsmonat März

Anlässlich des Darmkrebsmonats März hat die KVN die Bevölkerung dazu aufgerufen, sich umfassend über Darmkrebs zu informieren und die vielfältigen Möglichkeiten der Vorsorge und Früherkennung wahrzunehmen. Im Mittelpunkt der Botschaft steht die Idee, Prävention als Chance zu begreifen – als Möglichkeit, Verantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen und für die Menschen, die einem nahestehen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) bittet Ärztinnen und Ärzte zudem darum, in ihren Praxen auf Präventionsangebote aufmerksam zu machen. Um dem Thema mehr Aufmerksamkeit zu verschaffen, unterstützt die KBV das Vorhaben mit Infomaterialien.

„Das ist eine gute Gelegenheit, bei Patientinnen und Patienten für Prävention zu werben“, sagt KBV-Vorstandsmitglied Dr. Sibylle Steiner. Darmkrebs sei sehr gut heilbar, wenn er früh erkannt werde, ergänzte Steiner. Auch der stellvertretende Vorstandsvorsitzende der KBV, Dr. Stephan Hofmeister, zeigte sich im Video-Interview überzeugt vom Nutzen des Angebots: „Die Darmkrebsfrüherkennung ist eine ungeheuer wertvolle und wichtige Methode, denn sie verhindert, dass Darmkrebs überhaupt entsteht.“ Prävention könne nicht hoch genug bewertet werden, betonte Hofmeister. Denn: „Vorbeugen ist besser als heilen.“

Große Probleme...

Früh erkannt, ist Darmkrebs sehr gut heilbar. Informieren Sie sich über die Darmkrebsvorsorge ab 50.

INFORMATION FÜR LIEBTE PATIENTEN

FRÜH ERKANNT, IST DARMKREBS SEHR GUT HEILBAR. INFORMIEREN SIE SICH ÜBER DIE DARMKREBS-VORSORGE AB 50.

KBV Kassenärztliche Bundesvereinigung

Plakat und Infokarte für die Praxis

Die KBV unterstützt Praxen mit einem Wartezimmerplakat. Dieses trägt den Titel: „Große Probleme fangen oft klein an“ und soll Patientinnen und Patienten auf die Darmkrebsfrüherkennung aufmerksam machen. Eine Infokarte informiert kurz und übersichtlich über das für Frauen und Männer einheitliche Vorsorge-Angebot. Praxen können beides kostenlos bei der KBV bestellen. Eine Patienteninformation zum Test auf nicht sichtbares Blut im Stuhl kann ergänzend als PDF-Dokument heruntergeladen werden.

Zahl der Koloskopien gestiegen

Die Zahl der Früherkennungskoloskopien ist im ersten Halbjahr 2025 gegenüber dem ersten Halbjahr 2024 gestiegen – um rund 12.000 (+3,6 Prozent). Dies geht aus dem aktuellen Trendreport des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi) hervor. Insgesamt wurden im Berichtszeitraum mehr als 339.000 Früherkennungskoloskopien durchgeführt.

Bei den Stuhltests ist hingegen ein rückläufiger Trend zu beobachten: Laut Zi wurden im ersten Halbjahr 2025 rund 983.000 Tests zur Bestimmung von okkultem Blut im Stuhl durchgeführt. Das sind etwa 94.000 (-8,7 Prozent) weniger als im ersten Halbjahr 2024.

Darmkrebs gehört zu den drei häufigsten Krebserkrankungen bei Frauen und Männern in Deutschland. Jedes Jahr sterben laut dem Zentrum für Krebsregisterdaten etwa 23.000 Menschen an Darmkrebs. Die Zahl der Neuerkrankungen liegt jährlich bei rund 55.000. Der Darmkrebsmonat März ist immer wieder Anlass, die Erkrankung und deren Möglichkeiten zur Früherkennung zu thematisieren. Zu den Initiatoren gehören die Felix Burda Stiftung, die Stiftung LebensBlicke und der Verein Netzwerk gegen Darmkrebs.

Das organisierte Darmkrebs-Früherkennungsprogramm

Das Programm zur Früherkennung von Darmkrebs wird seit 2019 als organisiertes Darmkrebscreening angeboten. Seither erhalten Versicherte im Alter von 50, 55, 60 und 65 Jahren eine Einladung zur Früherkennung auf Darmkrebs von ihrer Krankenkasse. Mit diesem Schreiben erhalten sie Informationen zu dem Programm. Einen Termin in einer Arztpraxis vereinbaren sie individuell. Zu dem Früherkennungsprogramm für Frauen und Männer ab 50 Jahren gehören – neben der Beratung beim Arzt – wahlweise alle zwei Jahre ein Test auf verborgenes Blut im Stuhl (iFOBT) oder zwei Darmspiegelungen im Abstand von zehn Jahren. Bei auffälligen Stuhltests besteht immer ein Anspruch auf eine Darmspiegelung. Das einmalige Beratungsgespräch kann von allen Vertragsärzten angeboten werden, die Leistungen zur Krebsfrüherkennung erbringen – also neben Hausärzten unter anderem auch Gynäkologen und Urologen. Abgerechnet wird das Beratungsgespräch über die Gebührenordnungsposition 01740.

Ärztinnen und Ärzte, die den iFOBT als Früherkennungsuntersuchung auf kolorektales Karzinom veranlassen, rechnen die GOP 01737 ab. Die Leistung umfasst die Ausgabe, Rücknahme und Weiterleitung des Stuhlproben-Entnahmesystems bei einer präventiven Untersuchung.

Der stellvertretende Vorstandsvorsitzende der KBV, Dr. Stephan Hofmeister im Video-Interview: <https://www.kbv.de/video/6347>

Kostenfreies Praxis-Material bestellen: <https://www.kbv.de/praxis/tools-und-services/praxisnachrichten/2026/02-19/frueherkennung-verhindert-dass-der-darmkrebs-ueberhaupt-entsteht-kbv-bietet-infomaterialien-fuer-praxen-zum-darmkrebsmonat-maerz>

Kampagne „Lass dich nieder im Praxenland“ erreicht ihren Höhepunkt

Neuer Kampagnen-Kurzfilm im Streaming-TV

Anfang März startete die zweite Phase der Kampagne „Lass dich nieder im Praxenland. Die Nachwuchs-Kampagne der Kassenärztlichen Bundesvereinigung erreicht damit ihren Höhepunkt. Vor allem der neue Kampagnen-Kurzfilm, der am fiktiven Beispiel einer jungen Ärztin die Vorteile der Niederlassung auf emotionale Weise herausstellt, steht dabei im Fokus. Zusätzlich zu den dauerhaft bespielten Kanälen wird der Film gezielt auf Streaming-Plattformen wie Netflix, Amazon Prime, Joyn oder Sky sowie in sozialen Medien platziert. Ergänzend erfolgt im März auch bundesweite digitale Außenwerbung an relevanten Standorten. Die drei zentralen Kampagnenmotive haben hierfür neue Headlines erhalten wie „Mach den Job, der alle anderen Jobs am Leben hält.“, die die Botschaft nochmals klar und präzise vermitteln.

www.praxenland.de

www.lass-dich-nieder.de



Barrierefreiheit in Praxen: Kriterienkatalog erweitert

Online-Fragebogen für einfachere Angabe der Praxisdaten

Für Menschen mit einer Behinderung ist es nicht immer leicht, eine passende Arzt- oder Psychotherapiepraxis mit den benötigten Zugangsmöglichkeiten zu finden. Informationen zur Barrierefreiheit bieten den Betroffenen Orientierung bei der Suche nach geeigneten Praxen und unterstützen bei einer möglichst niedrigschwelligen Teilhabe an der Versorgung. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat zusammen mit dem Deutschen Behindertenrat sowie der Bundesfachstelle Barrierefreiheit einen Katalog von Kriterien zur Barrierefreiheit von Praxen entwickelt, um solche Informationen künftig bundesweit einheitlich im Internet bereitstellen zu können. Damit setzt die KBV eine entsprechende gesetzliche Vorgabe aus dem Sozialgesetzbuch um.



Der neu gefasste und erweiterte Katalog berücksichtigt neben Beeinträchtigungen durch Mobilitätseinschränkungen, Sehbehinderung, Taubheit und Schwerhörigkeit nun auch kognitive Beeinträchtigungen sowie Blindheit und führt die wesentlichen Merkmale für barrierefreie Zugangsmöglichkeiten jeweils im Detail auf.

Neue Webanwendung: Fragebogen einfach online ausfüllen

Damit Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten möglichst einfach Angaben zur Barrierefreiheit ihrer Praxis machen können, steht eine Webanwendung der KBV mit einem interaktiven Fragebogen zur Verfügung, der schnell und überschaubar durch die zahlreichen Aspekte von Barrierefreiheit innerhalb und außerhalb der Praxis führt. Kurze Texte und Grafiken erläutern und veranschaulichen den Kriterienkatalog, der die vier Themenbereiche Bauliche Gegebenheiten, Ausstattung der Praxis, Schilder und Markierungen sowie Information und Service umfasst.

Praxen können sich im KVN-Portal <https://www.kvn.de/KVN+Portal+Login.html> unter Online-Dienste -> Anwendungen -> Angaben zur Barrierefreiheit über den sogenannten FIM-Zugang direkt bei der browserbasierten Anwendung, dem „KBV-Praxis-Portal“, anmelden und den Fragebogen in rund 20 bis 30 Minuten unkompliziert online ausfüllen. Alle Angaben zu den Merkmalen sind freiwillig. Fragen, die auf die jeweilige Praxis nicht zutreffen, können einfach übersprungen werden. Eine Dashboard-Darstellung liefert einen Überblick über die erfolgten Angaben zur Barrierefreiheit, sodass Praxen diese ändern oder ergänzen können.

Die so erhobenen Praxisdaten werden direkt in das Bundesarztregister eingetragen und in der Arzt- und Psychotherapeutensuche der KBV (<https://arztsuche.116117.de>) veröffentlicht. So können sich Patientinnen und Patienten künftig detailliert über die Barrierefreiheit von Praxen informieren.

Barrierefreiheit in medizinischen Einrichtungen ist entscheidend, um allen Menschen den Zugang zu notwendigen Gesundheitsdiensten zu ermöglichen. Der Fragebogen hilft, den aktuellen Stand der Barrierefreiheit zu erfassen. Im Vordergrund steht dabei das Schaffen von Transparenz über die Praxisausstattung für Menschen mit Beeinträchtigungen – ohne den Anspruch, dass alle Kriterien von allen Praxen erfüllt werden. Gleichzeitig können sich Ärzte und Psychotherapeuten mit dem Fragebogen einen Überblick verschaffen, wie sie ihre Praxis noch besser auf spezielle Bedürfnisse ausrichten und Barrieren abbauen können. Häufig können bereits kleine Veränderungen viel bewirken.

Hintergrund

Die KBV hatte mit dem Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz den gesetzlichen Auftrag erhalten, Informationen zur Barrierefreiheit von Praxen bundesweit einheitlich bereitzustellen. Weitere Infos: <https://www.kbv.de/praxis/praxisfuehrung/barrierefreiheit>

Wirtschaftsseminare* der KVN

**Das Niedersächsische
Praxisforum live 2026 - Die
interaktive Praxisbörse für Ärzte
und Psychotherapeuten
am 18.04.2026 in Hannover**

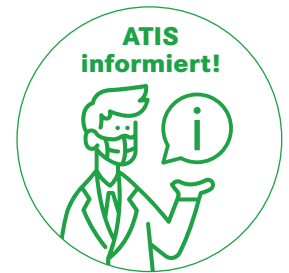
Wir bringen Niederlassungsinteressierte, Kooperationsinteressierte und Praxisabgeber in den Austausch!

- ✓ Interaktive Themenstationen zu Praxisübergabe, Kooperation, u.v.m.
- ✓ Einführung in die KVN Praxisbörse
- ✓ „Get together“ mit Kolleginnen und Kollegen sowie Beratern der KVN

Wir freuen uns auf Sie!
Anmeldungen unter www.kvn.de oder den QR-Code scannen und direkt anmelden

*Zertifiziert mit Fortbildungspunkten



Hämatome unter dem Aromatasehemmer Letrozol? Eine denkbare Nebenwirkung, aber auch andere Ursachen sind zu prüfen

Frage an ATIS

Eine Kollegin (Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe) fragt: „Ich behandle eine 80jährige Patientin, die wegen Mammakarzinom seit drei Monaten adjuvant mit Letrozol behandelt wird. Die Patientin klagt jetzt vermehrt über Hämatome. Sie kann sich dazu aber gar nicht an irgendwelche äußeren Gewalteinwirkungen erinnern. Unsere Frage ist, ob das mit dem Letrozol zusammenhängen könnte.“ Die aktuelle Medikation (Tagesdosen) war: Letrozol 2,5 mg, Pregabalin 300 mg, Candesartan 8 mg, L-Thyroxin 75 µg, Pantoprazol 40 mg, Opipramol 100 mg, Amitriptylin 10 mg, Zolpidem 10 mg.

Antwort von ATIS

Aktuell werden in Deutschland wahrscheinlich etwa 200.000 Frauen wegen Mammakarzinom mit einem der Aromatasehemmer behandelt. Insofern könnte das eine häufiger gestellte Frage sein. Nur scheint eine verminderte Blutgerinnung unter Letrozol nach empirischen Daten etwas Seltenes zu sein. In einer großen US-amerikanischen Pharmakovigilanz-Datenbank sind unter 25.000 Spontanmeldungen von Letrozol-Nebenwirkungen nur acht Meldungen „increased tendency to bruise“ verzeichnet. In den Arzneimittel-Fachinformationen ist das gar nicht als unerwünschte Wirkung gelistet. Dort sind nur vermehrte vaginale Blutungen aufgeführt, aber das dürfte eher auf den Estrogenmangel im Endometrium und nicht auf eine systemische Blutungsneigung zurückzuführen sein.

Trotz der geringen Häufigkeit ist aber nicht unwahrscheinlich, dass der durch das Letrozol induzierte Estradiol-Mangel zu einer leicht reduzierten Stabilität des Bindegewebes führt. Experimentell hat man in mehreren Signalwegen zeigen können, wie Estradiol zur vermehrten Bildung und Stabilisierung von Kollagen und anderen Bindegewebs-Strukturen beiträgt, so dass dann Estradiol-Mangel zu verminderter Regeneration und verminderter Stabilität des Bindegewebes führen kann. Das gilt dann für den physiologischen Estrogenmangel in höherem Alter, aber mehr noch für den „forcierten“ Estrogenmangel unter Aromatasehemmern. Es ist also durchaus möglich, dass die Patientin den Kausalzusammenhang richtig einschätzt und dass es sich um eine reale Nebenwirkung des Letrozol handelt, die in der Häufigkeit bisher vielleicht unterschätzt wird.

Diese Effekte dürften sich in den üblichen Laborwerten kaum widerspiegeln. Dennoch würden viele bei einem solchen Patientenbericht eine begrenzte Reihe von Parametern zur Gerinnung, zum Blutbild einschließlich Thrombozytenzahl sowie zur Leberfunktion bestimmen lassen, um relevante Störungen nicht zu übersehen.

Eine feine Nuance in der Formulierung der Patientin könnte aber etwas aufhorchen lassen: Sie gibt an, sich gar nicht an kleinere Prellungen als mögliche Ursache der Hämatome erinnern zu können. In vielen Fällen ist es sicher normal, dass man sich an geringfügige Stoßverletzungen nicht erinnert. Die fehlende Erinnerung kann hier jedoch auch auf ein anderes Problem hinweisen, nämlich auf die Kombination von vier psychotrop wirkenden Medikamenten, die die Patientin einnimmt (Pregabalin, Opipramol, Amitriptylin und Zolpidem), und die schon für sich allein, besonders aber in der Kombination zu verminderter Aufmerksamkeit, verminderter Koordination und damit häufigeren Verletzungen führen könnten. Insbesondere Zolpidem kann zudem ausgeprägte Gedächtnislücken verursachen. Für alle vier psychotropen Medikamente sind Sedierung und ein erhöhtes Sturzrisiko dokumentiert. Eine Reduktion der psychotropen Medikation, realistischere Weise von vier auf nur drei oder besser nur zwei Medikamente, wäre insofern für die Patienten anzustreben.

Was könnte (ausschleichend) abgesetzt werden und was eher nicht? Pregabalin mag wegen eines uns nicht genau bekannten Schmerzsyndroms sinnvoll sein. Unantastbar ist das Pregabalin aber nicht; wie wirksam und nötig es tatsächlich ist, könnte beispielsweise mit einer Dosisreduktion eruiert werden. Zolpidem als Schlafmittel ist in der Dauerbehandlung bekanntlich ohnehin obsolet. Es mag aber sein, dass es ohnehin hier nur um eine kurzzeitige Behandlung ging, aber wenn nicht, wären gezielte Bemühungen um ein Ausschleichen von Zolpidem ratsam.

Amitriptylin in der Dosis von 10 mg wirkt schon sedierend, aber die Dosis ist lobenswert niedrig und vermutlich nicht stark anticholinerg belastend. Dennoch wäre allein schon der Übersichtlichkeit wegen ein Absetzversuch sinnvoll.

Auch das insgesamt ja nicht sehr gut „evidenzbasierte“ Opipramol ist ja oft eher eine Notlösung, weil es viel weniger als die Benzodiazepine zu Abhängigkeit führt, aber bei manchen Menschen schon anxiolytisch wirkt.

Wenn die beteiligten Kolleginnen und Kollegen hier überhaupt eine Veränderung der Medikation vornehmen wollen, sollten sie zunächst versuchen das Zolpidem abzusetzen und anschließend (auch wegen Dopplung in den sedierenden Wirkungen) das Amitriptylin oder das Opipramol. Und um dann wieder auf die Ausgangsfrage zurückzukommen: Es könnte sein, dass die Patientin dann weniger Hämatome hat und in jedem Fall auch ein geringeres Sturzrisiko.

Und was gibt es noch zu bedenken?

Wie immer sollte die Notwendigkeit einer Dauerbehandlung mit Pantoprazol überprüft werden. Es mag sein, dass bei der Patientin eine anderweitig nicht ausreichend beherrschbare Refluxerkrankung vorliegt. Häufiger ist jedoch, dass eine Pantoprazol-Dauermedikation irgendwann einmal – etwa während eines Klinikaufenthalts – begonnen und später schlicht nicht mehr hinterfragt wurde. Ein Auslassversuch mit Pantoprazol wäre daher sinnvoll, soweit sich das im vorliegenden Fall in der Vergangenheit nicht schon anders geklärt worden ist.

Schließlich gibt es noch eine in einer größeren Beobachtungsstudie gut herausgearbeitete Regel [1]: Je mehr Medikamente im Rahmen einer Polymedikation verordnet werden, desto höher ist das Risiko, dass wichtige Medikamente in der Verordnungsliste fehlen. Das dürfte hier vor allem die Osteoporoseprophylaxe betreffen. Unter Aromatasehemmern ist in der Regel der Einsatz eines intravenösen oder oralen Bisphosphonats erforderlich. Ergänzend sollte selbstverständlich eine Vitamin-D3-Substitution erfolgen sowie überprüft werden, ob die Patientin über die Ernährung die empfohlenen etwa 1 g Calcium pro Tag erreicht. Andernfalls wären auch Calciumtabletten zu erwägen.

Prof. Dr. Jürgen Brockmüller
Institut für Klinische Pharmakologie, Universitätsmedizin Göttingen

Literatur

[1] M.A.J. Kuijpers et al. Relationship between polypharmacy and underprescribing. Br. J. Clin. Pharmacol. 2007, 65: 130-133



Abrechnung

Abgabetermin Quartalsabrechnung 1/2026

Der **Abgabetermin** für die Abrechnung des **1. Quartals 2026** ist der **10. Kalendertag** des nachfolgenden Quartals und somit der **10. April 2026**.

Eine **Teilnahme am AbrechnungsCheck** ist nur bei fristgerechter Einreichung Ihrer Quartalsabrechnung möglich.

Bitte beachten Sie, dass im **AbrechnungsCheck** ein **Abwesenheitszeitraum von max. 14 Kalendertagen** eingetragen werden kann.

Bitte denken Sie daran, auch bei der Online-Übermittlung von Abrechnungsdatei(en),

- das Muster der aktuellen Sammelerklärung, **Stand: 11/2021**, vollständig ausgefüllt, mit Unterschrift(en) und dem Vertragsarztstempel versehen, einzureichen; das Muster kann auch unter www.kvn.de/Mitglieder/Abrechnung_Honorar_und_Vertrag/Quartalsabrechnung/Downloads ausgedruckt werden,
- die abzugebenden Behandlungsausweise (sortiert nach der Liste: KBV-Prüfmodul **Abgabe Behandlungsausweise**) einzureichen
- abhängig von Ihren erbrachten Leistungen: Dokumentationen im Rahmen der oKFE-Richtlinie, Hautkrebsscreening, Daten gem. der QS-Richtlinie Dialyse rechtzeitig online zu dokumentieren und zu übertragen
- ggf. zusätzliche Unterlagen einzureichen:
Sachkostenbelege / Rechnungen,
Mitteilungen der Praxis zur eingereichten Abrechnung (Beispiel: Pat. Y ist zu löschen, da jetzt BG-Fall).

Listen wie z. B. **Prüfprotokolle, Sortier- oder Versandlisten** benötigen wir **nicht**.

Dokumente wie z. B. **RLV-Anträge, Genehmigungsanträge, Widersprüche gegen den Honorarbescheid** sind **direkt an die Bezirksstellen** zu senden.

Ansprechpartner bei Terminproblemen ist Ihre Bezirksstelle. Sollten Sie den Abgabetermin nicht einhalten können, so nehmen Sie bitte rechtzeitig Kontakt mit Ihrer Bezirksstelle auf, um aus einer verspätet eingereichten Quartalsabrechnung möglicherweise resultierende Konsequenzen zu vermeiden.

Um einen Zeitverzug bei der Einreichung Ihrer Abrechnungsunterlagen zu vermeiden senden Sie diese bitte direkt an das Postfach des Abrechnungscenters:

- **KVN-Abrechnungscenter**
- **Quartalsabrechnung** -
Postfach 3145
30031 Hannover
- Nachreichungen versehen Sie mit dem Zusatz „**Nachreichung**“ oder „**Nachsendung**“ und senden diese ebenfalls an das o. g. Postfach
- bitte geben Sie bei sämtlichem Schriftverkehr (Mail, Brief, etc.) Ihre **Betriebsstättennummer (BSNR)** an

Ansprechpartner ist Ihr Abrechnungsteam und/oder das Team Mitgliederservice des Abrechnungscenters, Telefon: 0511 380-4800, E-Mail: abrechnungscenter@kvn.de

Online Abgabe Abrechnung vs. 1-Click-Abrechnung

Aufgrund vieler Nachfragen stellen wir klar: Das **Einreichen der Quartalsabrechnung über das KVN-Portal ist weiterhin möglich.**

Die sogenannte 1-Click-Abrechnung stellt einen alternativen Weg dar. Dieser hat Vor- aber auch Nachteile, denn

- die Aktivierung einer Teilnahme am **AbrechnungsCheck** inklusive der Urlaubsangabe,
- das Bestätigen der **Audiometer-Wartung** für betroffene Fachgruppen,
- die Abfrage der Kriterien zur **Vorhaltepauschale** (ab Quartal 1/2026) sowie
- zukünftig das Ausfüllen und Unterzeichnen der elektronischen **Sammelerklärung**

können in der **1-Click-Abrechnung** nicht in den Ablauf des Hochladens der Abrechnungsdatei integriert werden.

Es muss eine zusätzliche Anmeldung für den Abrechnungsscheck im KVN-Portal erfolgen, die Audiometerwartungsbestätigung und/oder die Bestätigung der Kriterien zur Vorhaltepauschale können Sie uns per Mail an abrechnungscenter@kvn.de senden oder per Post zusammen mit der Sammelerklärung einreichen.

Zuschlag zur Vorhaltepauschale - Abfrage Kriterien Nr. 9 und Nr. 10

Zur Berechnung der neuen Zuschläge zur Vorhaltepauschale nach der GOP 03041 und 03042 ist es notwendig, dass Sie uns die Erfüllung der Kriterien Nr. 9 (Zusammenarbeit) und Nr. 10 (Sprechstunden/Praxisöffnungszeiten) separat anzeigen, da wir diese nicht automatisiert aus Ihren Abrechnungsdaten auslesen können.

Dies ermöglichen wir Ihnen komfortabel im Rahmen der Einreichung der Quartalsabrechnung über das KVN-Portal (Online-Abrechnung). Dort gibt es daher ab sofort für alle betroffenen Fachgruppen (Hausärzte) nach der Einreichung der Abrechnungsdatei eine Abfrage zur direkten Bestätigung bei Erfüllung einer oder beider Kriterien.

Sollten Sie Ihre Abrechnungsdatei nicht über das KVN-Portal, sondern abweichend über die Funktion 1Click-Abrechnung in Ihrer PVS einreichen, **müssen Sie uns diese Information zu dem jeweiligen Kriterium** alternativ per Mail formlos an abrechnungscenter@kvn.de oder per Post zusammen mit den Unterlagen der Quartalsabrechnung schriftlich zusenden, ansonsten können diese nicht bei der Berechnung der Zuschläge berücksichtigt werden.

Ansprechpartner ist Ihr Team Mitgliederservice des Abrechnungscenters, Telefon: 0511 380-4800, E-Mail: abrechnungscenter@kvn.de

Wegfall Scheinabgabe PK/EK

Ab der Quartalsabrechnung 1/2026 müssen Behandlungsscheine im Ersatzverfahren für Primär- und Ersatzkassen nicht mehr eingereicht werden.

Das bedeutet für Sie für das **Abrechnungsquartal 01/2026**:

bei **telefonisch (bekannten Patienten) bzw. per Videosprechstunde** durchgeführten Arzt-Patienten-Kontakten:

- Sie erheben oder übernehmen wie bisher die notwendigen Daten in Ihrer PVS

bei **persönlichen** Arzt-Patienten-Kontakten:

- bei defekter oder nicht mitgeführter eGK hinterlegen Sie gemeinsam mit dem Patienten die elektronische Ersatzbescheinigung in Ihrer PVS
oder
- Sie übernehmen die notwendigen Daten von einer durch den Patienten vorgelegten Mitgliedsbescheinigung in Papierform und bewahren diese in Ihrer Praxis auf
oder
- bei fehlender elektronischer Ersatzbescheinigung und/oder Mitgliedsbescheinigung drucken Sie einen Ersatzverfahrensschein aus, lassen ihn durch den Patienten unterschreiben und bewahren diesen in Ihrer Praxis auf.

Die KBV wurde entsprechend unterrichtet und die KBV-Abgabeliste entsprechend gekürzt. Es sollten also die **nicht mehr geforderten Behandlungsscheine** auch nicht mehr auf dieser „Liste abzugebender Behandlungsausweise“ erscheinen.

Beachten Sie auch die [Verfahrensanweisung zur Abgabe der Quartalsabrechnung](#)

Ansprechpartner ist Ihr Abrechnungsteam und/oder das Team Mitgliederservice des Abrechnungszentrums, Telefon: 0511 380-4800, E-Mail: abrechnungszentrum@kvn.de

Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM für das 2. Quartal 2026 für alle dem RLV unterliegenden Arztgruppen des fachärztlichen Versorgungsbereichs

Die für 2/2026 geltenden RLV-/QZV-Mindestfallwerte sowie die Fallzahlgrenzen für die Fallwertminderung und die Fallzahlzuwachsbegrenzungsregelung (FZZB) finden Sie [hier](#)

Begrenzung des genetischen Labors (Leistungen der Abschnitte 11.4 und 19.4 EBM, falls kassenseitig nicht extrabudgetär vergütet)

Da der von den gesetzlichen Krankenkassen für Leistungen des genetischen Labors gezahlte Honoraranteil („Grundbetrag genetisches Labor“) für eine unbegrenzte Auszahlung des Leistungsbedarfs nicht ausreicht, werden gemäß HVM Teil B Nr. 7.1.1 Abs. 8 die entsprechenden Leistungen seit dem 2. Quartal 2023 arztseitig mit einer Quote ausbezahlt, die sich aus dem Verhältnis der entsprechenden Leistungsanforderungen im Vorjahresquartal zum Grundbetrag im Vorjahresquartal ergibt.

Für das **2. Quartal 2026** kommt demnach für Leistungen der Abschnitte 11.4 und 19.4 EBM, falls diese kassenseitig nicht extrabudgetär vergütet werden, eine Auszahlungsquote von **69,64 Prozent** zur Anwendung.

Mitteilung der fachgruppendurchschnittlichen Obergrenze für Kontrastmittel für das Quartal 2/2026

Gemäß der Kontrastmittelvereinbarung, die die KVN mit den Landesverbänden der Krankenkassen in Niedersachsen zum 1. Januar 2016 abgeschlossen hat und die zuletzt zum 1. Juli 2024 angepasst wurde, gelten für das 2. Quartal 2026 für Ärzte, die im Basisquartal 2/2025 (noch) keine Kontrastmittel über die o. g. Vereinbarung abgerechnet haben, folgende fachgruppendurchschnittlichen Obergrenzen:

- Institute, Krankenhäuser 3.537,92 Euro
- Fachärzte für Nuklearmedizin 38.296,12 Euro
- Fachärzte für Diagnostische Radiologie 77.406,07 Euro
- Fachärzte für Urologie 2.347,68 Euro

Die Vereinbarung gilt für Fachärzte für Nuklearmedizin, Diagnostische Radiologie und Urologie verbindlich. Für andere Fachgruppen nur, wenn in der eigenen BAG/MVZ oder im Institut/Krankenhaus ein Facharzt für Nuklearmedizin, Diagnostische Radiologie oder Urologie tätig ist.

Diese Daten sind über das KVN-Portal unter Verträge -> Kontrastmittel-Vereinbarung abrufbar.

Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM Teil B Nr. 16.1 und 16.2 für das 2. Quartal 2026 - Fachgruppendurchschnittswerte für Laborindividualbudgets

Die für das 2. Quartal 2026 geltenden Fachgruppendurchschnittswerte für Laborindividualbudgets finden Sie seit dem 25. Februar 2026 [hier](#).

Fachpsychotherapeuten für Neuropsychologische Psychotherapie in den EBM aufgenommen

Der Bewertungsausschuss (BA) hat die Aufnahme der Fachpsychotherapeuten für Neuropsychologische Psychotherapie in den EBM sowie für die Berufsgruppe der Fachpsychotherapeuten weitere Anpassungen im EBM zum 1. April 2026 beschlossen. Näheres stellen wir Ihnen nachfolgend vor.

Zum Hintergrund: Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat die Fachpsychotherapeuten für Erwachsene, für Kinder und Jugendliche sowie für Neuropsychologische Psychotherapie in seine Richtlinien aufgenommen.

Details zum aktuellen Beschluss

Berufsgruppe der Fachpsychotherapeuten

Mit dem vorliegenden Beschluss werden die Fachpsychotherapeuten für Erwachsene, für Kinder und Jugendliche sowie für Neuropsychologische Psychotherapie in die erste Bestimmung zum Abschnitt 30.8 EBM (Soziotherapie), in die dritte Bestimmung zum Abschnitt 37.7 EBM (Berechnung des Konsils und der Fallkonferenzen Außerklinische Intensivpflege) und in den fakultativen Leistungsinhalt der Gebührenordnungsposition (GOP) 37806 (Pauschale für die Versorgung von Patienten gemäß §2 LongCOV-RL durch einen oder mehrere, an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende(n) Arzt/Ärzte nach §3 Abs. 4 LongCOV-RL) aufgenommen.

Fachpsychotherapeuten für Neuropsychologische Psychotherapie

Durch Aufnahme in die Präambel des Kapitels 23 EBM (Psychotherapie) können die Fachpsychotherapeuten für Neuropsychologische Psychotherapie die Grundpauschalen 23210 bis 23212 mit den entsprechenden Zuschlägen abrechnen.

Auch bestimmte Leistungen aus den arztgruppenübergreifenden allgemeinen und speziellen Bereichen des EBM sind für die Fachpsychotherapeuten für Neuropsychologische Psychotherapie berechnungsfähig, beispielsweise die GOP des Abschnitts 30.11 (Neuropsychologische Psychotherapie).

Zusätzlich werden die Fachpsychotherapeuten für Neuropsychologische Psychotherapie in den fakultativen Leistungsinhalt der GOP 30984 (Weiterführendes geriatrisches Assessment) und in die Nummer 1 der Präambel 40.1 EBM (Kostenpauschalen für Krankheitsberichte) aufgenommen.

Zum gesetzlichen Hintergrund

Mit dem Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung wurden zum 1. September 2020 das Psychotherapeutengesetz überarbeitet und die Aus- und Weiterbildung reformiert. Die Ausbildung besteht seit der Reform aus einem fünfjährigen Studium mit anschließender Approbationsprüfung zum Psychotherapeuten, gefolgt von einer fünfjährigen Weiterbildung zum Fachpsychotherapeuten in einem der drei Gebiete:

- Psychotherapie für Erwachsene
- Psychotherapie für Kinder und Jugendliche
- Neuropsychologische Psychotherapie

Die Inhalte der fachpsychotherapeutischen Gebietsweiterbildung werden in den jeweiligen Weiterbildungsordnungen der Landespsychotherapeutenkammern geregelt.

Infolge der gesetzlichen Neuregelung wurden 2024 die Psychotherapie-Vereinbarung angepasst und die Berufsgruppe der Fachpsychotherapeuten für Erwachsene und der Fachpsychotherapeuten für Kinder und Jugendliche in den EBM aufgenommen.

Hinweis zur Veröffentlichung

Das Institut des Bewertungsausschusses veröffentlicht den Beschluss auf seiner [Internetseite](#) und im Deutschen Ärzteblatt.

EBM für die Arzneimittel Leqembi® und Itovebi® angepasst

Der Bewertungsausschuss (BA) hat die Vergütung ärztlicher Leistungen für die Arzneimittel Lecanemab (Leqembi®) und Inavolisib (Itovebi®) geregelt. Die Änderungen im EBM treten zum 1. April in Kraft. Dem Beschluss vorausgegangen ist jeweils eine Prüfung im Zusammenhang mit der frühen Nutzenbewertung des Gemeinsamen Bundesausschusses (gemäß § 87 Abs. 5b Satz 5 SGB V in Verbindung mit III. Kapitel der Verfahrensordnung des BA). Näheres stellen wir Ihnen nachfolgend vor.

Lecanemab

Hintergrund: Lecanemab ist ein monoklonaler Antikörper zur Behandlung von Erwachsenen mit klinisch diagnostizierter leichter kognitiver Störung und leichter Demenz aufgrund der Alzheimer-Krankheit, bei denen eine Amyloid-Beta-Pathologie nachgewiesen wurde und die Apolipoprotein E 4 (ApoE 4)-Nichtträger oder heterozygote ApoE 4-Träger sind. Lecanemab wird 14-tägig als intravenöse Infusion über 60 Minuten angewendet, bei Erstgabe ist eine 2,5-stündige Nachbetreuung erforderlich. Die Fachinformation sieht vor der Gabe die Feststellung der Amyloid-Beta-Pathologie durch Liquordiagnostik und die Testung auf ApoE 4-Homozygotie vor. Zur Therapiekontrolle sind regelmäßige MRT-Untersuchungen des Gehirns erforderlich.

Neue GOP 11602 für Genotypisierung von ApoE

Für die Bestimmung des ApoE-Genotyps vor der Gabe von Lecanemab bei gesicherter früher Alzheimer-Krankheit mit nachgewiesener Amyloid-Beta-Pathologie wird eine neue Gebührenordnungsposition (GOP) 11602 in den EBM aufgenommen (Bewertung: 422 Punkte). Die Finanzierung erfolgt zunächst außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV).

Kennzeichnung bestehender GOP für extrabudgetäre Vergütung

Für die Indikationsstellung und Therapie mit Lecanemab waren – mit Ausnahme der neuen GOP 11602 – bislang schon alle gemäß Fachinformation zwingend erforderlichen Leistungen im EBM enthalten. Für die nachfolgenden Leistungen werden nun jeweils zwei weitere Anmerkungen aufgenommen:

- GOP 01510 bis 01512 (Zusatzpauschale für Beobachtung und Betreuung),
- GOP 02101 (Infusion, Dauer mindestens 60 Minuten),
- GOP 02342 (Lumbalpunktion) und
- GOP 34410 (MRT-Untersuchung des Neurocraniums).

Die Anmerkungen setzen die Vorgaben der Arzneimittel-Richtlinie des G-BA um, denen zufolge die Einleitung und Überwachung der Therapie mit Lecanemab ausschließlich durch Fachärzte für Neurologie oder Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie erfolgen dürfen. Des Weiteren ist eine Kennzeichnung dieser GOP vorgesehen (jeweils Buchstabe A), da sie zunächst außerhalb der MGV vergütet werden sollen. Der BA geht von einem Anstieg des Leistungsbedarfs aus.

Die GOP 32406 bis 32409 für die Bestimmung von Amyloiden und Tau-Proteinen werden aus der „Ähnlichen Untersuchung“ nach der GOP 32405 in spezifische GOP überführt. Im Zusammenhang mit der Indikationsstellung von Lecanemab sind die neuen GOP 32407 bis 32409 berechnungsfähig und durch die Angabe einer bundeseinheitlichen Zusatzkennzeichnung (Buchstabe A) zu kennzeichnen. Die Finanzierung auch dieser Leistungen erfolgt zunächst außerhalb der MGV.

Inavolisib

Hintergrund: Bei Inavolisib (Itovebi®) handelt es sich um ein Medikament zur Behandlung eines lokal fortgeschrittenen oder metastasierten Mammakarzinoms mit nachgewiesener/n aktivierender/n PIK3CA-Mutation(en) bei Erwachsenen.

Neue GOP 19468 für Analyse weiterer aktivierender PIK3CA-Mutationen

Vor der Anwendung von Inavolisib sind neben den Exonen 7, 9 und 20 (GOP 19467) zusätzlich auch die Exone 1, 2 und 4 des PIK3CA-Gens im Hinblick auf aktivierende PIK3CA-Mutationen zu analysieren. Hierfür wird die GOP 19468 (Bewertung: 2.034 Punkte) als Zuschlag zur bestehenden GOP 19467 in den EBM-Abschnitt 19.4.4 aufgenommen.

Für die Anwendung von Inavolisib wurde die für eine Therapie infrage kommende Patientenpopulation in der Leistungslegende der GOP 19467 entsprechend angepasst. Die Finanzierung der GOP 19468 erfolgt ebenfalls zunächst außerhalb der MGV.

Hinweis zur Veröffentlichung

Das Institut des Bewertungsausschusses veröffentlicht den Beschluss auf seiner [Internetseite](#) und im Deutschen Ärzteblatt.

 **Verordnung**

Imfinzi® (Durvalumab) in einer weiteren Praxisbesonderheit anerkannt

Seit dem 1. Dezember 2019 ist Imfinzi® (Wirkstoff: Durvalumab) nach einer Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem pharmazeutischen Unternehmer AstraZeneca ausschließlich in Anwendungsgebieten mit Zusatznutzen ab dem ersten Behandlungsfall als Praxisbesonderheit anerkannt. Ein weiteres Anwendungsgebiet mit Zusatznutzen ist hinzugekommen:

- Imfinzi® in Kombination mit Carboplatin und Paclitaxel ist angezeigt zur Erstlinienbehandlung des primär fortgeschrittenen oder rezidivierenden Endometriumkarzinoms bei Erwachsenen, die für eine systemische Therapie infrage kommen, gefolgt von einer Erhaltungstherapie mit Imfinzi® in Kombination mit Olaparib beim Endometriumkarzinom mit Mismatch-Reparatur-Profizienz (pMMR), Patientinnen mit neu diagnostizierter Erkrankung.

Die Einleitung und Überwachung der Behandlung mit Durvalumab soll nur durch in der Therapie von Patientinnen mit Endometriumkarzinom erfahrene Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie sowie Fachärztinnen und Fachärzte für Gynäkologie und weitere, an der Onkologie-Vereinbarung teilnehmende Ärztinnen und Ärzte anderer Fachgruppen erfolgen.

Die Vorgaben der Fachinformation sind zu berücksichtigen.

Die Anerkennung als Praxisbesonderheit gilt nicht bei der Anwendung von Imfinzi® außerhalb der gesetzlich bestimmten Bedingungen (Off-Label-Use).

Die Praxisbesonderheit gilt längstens bis zum Ablauf des Patent- und Unterlagenschutzes und solange AstraZeneca Imfinzi® in Deutschland vertreibt.

Die älteren Praxisbesonderheiten in anderen Anwendungsgebieten von Imfinzi® gelten weiterhin fort (vgl. KVN-Rundschreiben vom November 2024):

- als Monotherapie zur Behandlung des lokal fortgeschrittenen, inoperablen nicht-kleinzelligen Lungenkarzinoms (NSCLC) bei Erwachsenen, deren Tumoren PD-L1 in $\geq 1\%$ der Tumorzellen exprimieren und deren Krankheit nach einer platinbasierten Radiochemotherapie nicht fortgeschritten ist.

und

- in Kombination mit Gemcitabin und Cisplatin ist angezeigt bei Erwachsenen zur Erstlinienbehandlung nicht resezierbarer oder metastasierter biliärer Tumore (BTC); Erstlinientherapie.

Weitere Informationen zur Praxisbesonderheit finden Sie auf der Seite des GKV-Spitzenverbandes unter dem folgenden [Link](#)

Iqirvo® (Elafibranor) als bundesweite Praxisbesonderheit anerkannt

Mit dem G-BA Beschluss vom 3. April 2025 und nach einer Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem pharmazeutischen Unternehmer Ipsen Pharma GmbH, ist Iqirvo® (Wirkstoff: Elafibranor) in folgendem Anwendungsgebiet mit einem Zusatznutzen ab dem ersten Behandlungsfall als Praxisbesonderheit anzuerkennen:

- Erwachsene mit primär biliärer Cholangitis (PBC) und unzureichendem Ansprechen oder Unverträglichkeit auf Ursodeoxycholsäure (UDCA)

Weitere Anwendungsgebiete oder Patientengruppen von Iqirvo® sind hiervon nicht umfasst. Die Vorgaben der Fachinformation sind zu berücksichtigen. Die Anerkennung als Praxisbesonderheit gilt nicht bei der Anwendung von Iqirvo® außerhalb der gesetzlich bestimmten Bedingungen (off label use). Die Anerkennung als Praxisbesonderheit besteht, nur solange Iqirvo® in Deutschland vertrieben wird, längstens bis zum Ablauf des Patent- und Unterlagenschutzes.

Weitere Informationen zur Praxisbesonderheit finden Sie auf der Seite des GKV-Spitzenverbandes unter dem folgenden [Link](#)

Adzynma® (rADAMTS13) als Praxisbesonderheit anerkannt

Adzynma® (Wirkstoff: rADAMTS13) wird nach einer Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem pharmazeutischen Unternehmer Takeda GmbH ab dem ersten Behandlungsfall als Praxisbesonderheit ab dem 1. Januar 2026 anerkannt. In den Indikationen:

- Erwachsene und Kinder mit kongenitaler thrombotisch-thrombozytopenischer Purpura (cTTP), die rADAMTS13 als **prophylaktische Behandlung** erhalten
- Erwachsene und Kinder mit kongenitaler thrombotisch-thrombozytopenischer Purpura (cTTP), die rADAMTS13 zur **Akutbehandlung** erhalten

Weitere Anwendungsgebiete oder Patientengruppen von Adzynma® sind hiervon nicht umfasst. Die Vorgaben der Fachinformation sind zu berücksichtigen.

Die Einleitung und Überwachung der Behandlung mit rADAMTS13 muss durch in der Therapie von Patientinnen und Patienten mit hämatologischen Erkrankungen erfahrene Fachärztinnen und Fachärzte erfolgen. Gemäß den Vorgaben der EMA hinsichtlich zusätzlicher Maßnahmen zur Risikominimierung ist seitens des pharmazeutischen Unternehmers allen Patientinnen und Patienten sowie ärztlichem Fachpersonal, die rADAMTS13 anwenden bzw. verschreiben, geeignetes Schulungsmaterial auszuhändigen.

Die Anerkennung als Praxisbesonderheit gilt nicht bei der Anwendung von Adzynma® außerhalb der gesetzlich bestimmten Bedingungen (off label use).

Die Praxisbesonderheit gilt längstens bis zum Ablauf des Patent- und Unterlagenschutzes und solange Takeda GmbH Adzynma® in Deutschland vertreibt.

Weitere Informationen zur Praxisbesonderheit finden Sie auf der Seite des GKV-Spitzenverbandes unter dem folgenden [Link](#)

Anpassung der Anlage III der Arzneimittel-Richtlinie - Lecanemab

Für Lecanemab wurde mit Wirkung vom 18. Februar 2026 eine eigene Regelung, Nummer 10a, in Anlage III aufgenommen. Dadurch wird bei den Verordnungseinschränkungen zwischen Lecanemab und den bislang verfügbaren Antidementiva unterschieden. Die bestehende Nummer 10 erhält den Zusatz „(mit Ausnahme von Lecanemab)“. So wird klargestellt, dass die Regelung Nummer 10 den Wirkstoff Lecanemab nicht umfasst. Dagegen regelt Nummer 10a nun grundlegende Voraussetzungen zur Verordnungsfähigkeit von Lecanemab:

- Zur Behandlung von Erwachsenen mit klinisch diagnostizierter leichter kognitiver Störung (mild cognitive impairment, MCI) und leichter Demenz aufgrund der Alzheimer-Krankheit (zusammengefasst frühe Alzheimer-Krankheit) mit bestätigter Amyloid-Pathologie, die Apolipoprotein E 4 (ApoE 4)- Nichtträger oder heterozygote ApoE 4-Träger sind.
- Der Verordnungskreis für die Einleitung und Überwachung der Therapie wird auf Fachärzte für Neurologie und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie beschränkt, die in der Behandlung von Alzheimer-Erkrankungen erfahren sind und Möglichkeiten zur zeitnahen Durchführung einer MRT-Diagnostik haben.
- Die Vorgaben der Fachinformation und die darin enthaltenen Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen, insbesondere zum Auftreten von ARIA, sind zu beachten.
- Für die Weiterverordnung ist die Verhinderung des Übergangs in eine mittelschwere Alzheimer-Krankheit alle sechs Monate zu überprüfen.
- Art, Dauer und Ergebnis des Einsatzes sind zu dokumentieren.

Bitte beachten Sie, dass die Vorgaben zur Wirtschaftlichkeit nach §12 SGB V für die Verordnungen von Lecanemab ebenso wie für andere Arzneimittelverordnungen gelten.

Daneben zu beachten ist der [Rote Hand Brief vom 26. September 2025](#).

Den vollständigen G-BA-Beschluss finden Sie [hier](#)

Die Anlage III finden Sie [hier](#)

Verwendung des eRezeptes als Maßnahme gegen Rezeptfälschungen

Nach Auskunft der Krankenkassen gibt es weiterhin ein sehr hohes Aufkommen an Rezeptfälschungen. Betroffen sind Muster 16-Papierrezepte, die häufig nur schwer als Fälschung zu erkennen sind. Aus Sicht der Krankenkassen kann bereits eine papiergebundene Verordnung an sich ein erster Hinweis auf eine Fälschung sein. Apotheken werden von den Kassen daher bei Verdachtsfällen zur Rücksprache mit dem verordnenden Arzt angehalten, so dass für Praxen ggf. mit einem vermehrten Kontaktaufkommen zu rechnen ist.

Neben der üblichen sicheren Verwahrung der Verordnungsblätter kann die **konsequente Nutzung des eRezeptes** eine wirksame Maßnahme gegen diese Entwicklung darstellen. Die Verwendung des eRezeptes bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln ist seit dem 1. Januar 2024 gesetzlich verpflichtend. Im Ausnahmefall wie beispielsweise Ausfall von Technik ist die Verwendung von Papierrezepten weiterhin zulässig. Um eine missbräuchliche Nutzung von eRezepten auszuschließen, ist der Zugang zur Praxissoftware und Telematik-Infrastruktur auf geeignete Weise abzusichern. Die Signatur PIN zum eHBA darf nur dem signierenden Arzt bekannt sein.

Im Fokus der Fälschungen stehen: Antiadiposita bzw. Antidiabetika, Arzneimittel mit Abhängigkeitspotential sowie regelhaft hochpreisige Arzneimittel wie z. B. Onkologika.

Neu: Patienteninfo zum Ruhen des GKV-Leistungsanspruchs bei längerem Auslandsaufenthalt

Gem. §16 Abs. 1 Nr. 1 SGB V ruht der Anspruch auf GKV-Leistungen, wenn Versicherte sich im Ausland aufhalten. Das gilt auch für Arzneimittelverordnungen. Eine bevorratende Versorgung wegen einer längeren Auslandsreise oder eines längeren Auslandsaufenthaltes ist deswegen nicht möglich. Weil dieser Sachverhalt in der Öffentlichkeit wenig bekannt ist, hat die gemeinsame Arbeitsgruppe der Verbände der niedersächsischen Krankenkassen und der KVN eine Patienteninfo veröffentlicht, um Sie in der Kommunikation mit Ihren Patienten zu unterstützen.

Bei chronischen Erkrankungen, die medikamentös gut eingestellt sind, ist die Verordnung für einen dreimonatigen Bedarf üblich. Ob und ggf. wie lange sich Patienten während eines Quartalszeitraumes im Ausland aufhalten, kann durch den Arzt nicht geprüft werden.

Welche Leistungsansprüche Patienten bei akuten Erkrankungen im jeweiligen Reiseland haben und was sie unternehmen müssen, um auch bei einem Auslandsaufenthalt ausreichend mit Medikamenten versorgt zu sein, sollten Patienten rechtzeitig vor Reiseantritt bei ihrer Krankenkasse erfragen.

[Patienteninfo zum Download](#)

Diese und alle weiteren aktuellen Veröffentlichungen, die Sie bei einer wirtschaftlichen Verordnungsweise unterstützen sollen, finden Sie [hier](#)

Aktualisierung - Wirtschaftlichkeitsziel preisgünstiges biosimilares Denosumab

In der Arzneimittelvereinbarung 2026 wurde für die DW-Vergleichsgruppe 44 - Orthopäden das Wirtschaftlichkeitsziel preisgünstiges biosimilares Denosumab vereinbart. Im Februar 2026 kamen weitere Denosumab-Biosimilars auf den Markt. Hier die vollständige Übersicht der Denosumab-Biosimilars (Stand Lauer Taxe 1. Februar 2026), die als preisgünstig angesehen und daher im Rahmen der Zielvorgabe des Wirtschaftlichkeitsziels berücksichtigt werden:

Biosimilares Denosumab 60 mg:

Acvybra®, Bildyos®, Connexence®, Izamby®, Jubbonti®, Junod®, Kefdensis®, Obodence®, Os-vyrti®, Ponlimsi®, Stoboclo®, Vysribli®, Zadenvi®

Biosimilares Denosumab 120 mg:

Bilprevda®, Bomynta®, Degevma®, Denbrayce®, Enwylma®, Jubereq®, Osenvelt®, Wyost®, Xbonzy®

Die aktualisierte Quoteninformation und Tischvorlage finden Sie zu Ihrer Information im KVN-Portal unter Verordnungen/Arzneimittelvereinbarung/Informationen je Fach-/Vergleichsgruppe.

Diagnose auf einer Hilfsmittelverordnung

Wir möchten nochmal darauf hinweisen, dass gemäß §7 Hilfsmittelrichtlinie eine therapierelevante Diagnose auf einer Hilfsmittelverordnung anzugeben ist.

Angaben wie z.B. „Dauerkatheterpatient“ oder „Z97.8“ (Vorhandensein sonstiger und nicht näher bezeichneter medizinischer Geräte oder Hilfsmittel) gelten nicht als verordnungsbegründende Diagnosen im Sinne der Hilfsmittelrichtlinie.

Um einen reibungslosen Ablauf aller Beteiligten sicherzustellen, bitten wir um eine sorgfältige Ausstellung der Verordnungen, da fehlerhafte Angaben gegebenenfalls eine Belieferung mit dem Hilfsmittel an den Patienten verhindern und zu zusätzlichen Aufwand führen können.

Ausweitung der Aut-idem-Regelung auf Biologika - Änderung der Arzneimittel-Richtlinie

Mit Wirkung zum 1. April 2026 tritt mit §40c der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) eine neue Regelung in Kraft. Ärztlich verordnete Biologika zur Eigenapplikation durch Patienten sind danach in der Apotheke bei der Abgabe an die Versicherten ggf. durch ein preisgünstiges bzw. rabattiertes Produkt zu ersetzen.

Eine Rücksprache der Apotheke mit dem Arzt ist für den Austausch nicht vorgesehen. Bei Verwendung des eRezeptes ist bei vorhandener ePA über die elektronische Medikationsliste für den Arzt nachvollziehbar, welches Präparat zur Abgabe gekommen ist.

Für einen Austausch müssen mehrere Kriterien erfüllt sein:

- Das abzugebende und das verordnete Produkt müssen in Wirkstärke und Packungsgröße identisch sein und die gleiche oder eine austauschbare Darreichungsform besitzen. Bei Arzneimitteln mit gleicher Darreichungsform muss zudem das Behältnis (Fertigspritze, Fertigpen, Patrone etc.) übereinstimmen.
- Eine Ersetzung kann grundsätzlich im Verhältnis eines Referenzarzneimittels zu seinen Biosimilars sowie zwischen Biosimilars untereinander erfolgen, sofern diese mit Bezug auf dasselbe Referenzarzneimittel zugelassen sind.
- Das abzugebende Produkt muss für mindestens ein gleiches Anwendungsgebiet sowie mindestens für dieselben Applikationsarten zugelassen sein wie das verordnete.

Wirtschaftliche Verordnungsweise: Im Sinne einer wirtschaftlichen Verordnungsweise sollen Ärzte zu Beginn der Therapie ein möglichst preisgünstiges Produkt auswählen. Bei mit Biologika vorbehandelten Patienten soll geprüft werden, ob diese auf ein preisgünstigeres Präparat umgestellt werden können. Sofern die Krankenkasse des Versicherten für ein Arzneimittel einen Rabattvertrag abgeschlossen hat, ist auf diesem Wege die Wirtschaftlichkeit der Verordnung sichergestellt.

Bei der Verordnung haben Ärzte weiterhin die zugelassenen Anwendungsgebiete gem. Fachinformation zu beachten. Ein ggf. nachgelagerter nicht indikationsgerechter Austausch in der Apotheke führt nicht zu einem Off-Label-Use.

Aut-idem-Kreuz nur aus medizinischen Gründen: Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA)

führt in seiner Begründung zu diesem Beschluss aus, dass ein Ausschluss der Substitution nur unter Berücksichtigung der konkreten Patientensituation gerechtfertigt sein kann, wenn der aus wirtschaftlichen Gründen erforderliche Austausch für den jeweiligen Patienten aus **medizinischen und therapeutischen Gründen** nicht zumutbar ist. Abhängig von der konkreten Behandlungssituation können unter anderem in der Vergangenheit aufgetretene **Nebenwirkungen, Unverträglichkeiten oder Allergien** sowie eine instabile Therapiesituation der Patientin oder des Patienten gegen einen Austausch sprechen. **Wir empfehlen eine sorgfältige Dokumentation.**

Annehmlichkeiten oder Gewohnheiten bei der Arzneimittelanwendung stellen z. B. keinen Sachgrund dar, von den Vorgaben des Wirtschaftlichkeitsgebots abzuweichen.

Für eine Arzneimittelzulassung und somit auch einen Austausch zugelassener Arzneimittel bestehen strenge Kriterien, so dass Patienten eine wirksame und qualitätsgesicherte Therapie erhalten.

Den vollständigen G-BA-Beschluss finden Sie [hier](#)

Die Arzneimittel-Richtlinie finden Sie [hier](#)

Die [Anlage VIIa zu AM-RL](#) listet biotechnologisch hergestellte Referenzarzneimittel und Biosimilars auf.

Sprechstundenbedarf - Importmöglichkeit von Neosynephrin 5% AT (Wirkstoff Phenylephrinhydrochlorid)

Aufgrund des weiterhin bestehenden Lieferengpasses bzw. der festgestellten Nicht-Lieferfähigkeit des Arzneimittels **Neosynephrin 5 %** (Wirkstoff Phenylephrinhydrochlorid) wurde mit den Landesverbänden der Krankenkassen vereinbart, dass nach Rückfrage der Apotheken bei den Großhändlern, die befristete Importmöglichkeit im Sprechstundenbedarf bis zum 31. Mai 2026 verlängert wird.

Allgemeine Hinweise

COVID-19-Impfstoff Comirnaty KP.2 für Personen ab 12 Jahren nur noch bis zum 28. Februar 2026 verwenden

Aufgrund des Ablaufs der Haltbarkeitsdauer steht der COVID-19-Impfstoff Comirnaty KP.2 30 Mikrogramm Injektionsdispersion für Personen ab 12 Jahren ab 1. März 2026 in Deutschland nicht mehr zur Verfügung.

Besondere Versorgung über den ambulanten Einsatz von Smart-Ereignis-Rekordern zur Erfassung von Herzrhythmusstörungen

Hier: Beitritt der Krankenkasse DAK Gesundheit

Die DAK Gesundheit tritt dem Vertrag bei und ermöglicht die Untersuchung ihrer Versicherten mit smarten EKG-Sensoren. Diese Smart-Ereignis-Rekorder sind eine kosteneffiziente Alternative zu implantierbaren Eventrekordern und ermöglichen eine ambulante Diagnostikmethode zur Langzeit-EKG-Messung (bis zu 14 Tage) bei Synkope/ Herzrhythmusstörungen.

Teilnehmende Ärzte (Fachärzte für Innere Medizin und Kardiologie mit einer Genehmigung zur Doppler/Echokardiographie) nutzen die 14-Tage-Untersuchungskits (kabellos, klein und wasserdicht) der MSH Medical Europe GmbH im Rahmen der Diagnostik.

Extrabudgetäre Vergütung/Sachkosten für Versicherte der AOK Niedersachsen, Barmer, BIG direkt gesund und der DAK Gesundheit:

Einschreibung und Erstberatung des Patienten:	GOP 98041 – 20,00 Euro
Ergebnisbesprechung und weitere individuelle Behandlungsplanung mit dem Patienten:	GOP 98043 – 37,50 Euro
Sachkostenpauschale für den Smart-Ereignis-Rekorder: (deckt alle Kosten für Logistik, Gerät, Verbrauchsmaterial, Datenzugang und aussagekräftigen Berichtsentwurf für den Untersuchungszeitraum bis zu 14 Tage)	GOP 98042 – 235,00 Euro

Teilnahmeunterlagen finden Sie im KVN-Portal unter „Verträge“ > Suchbegriff: Smart-Ereignis-Rekorder. Weitere Informationen gibt es auch auf der Webseite der MSH Medical Europe GmbH (www.mshmedical.eu).

Neue Empfehlungen zur Impfung für Kinder und Jugendliche gegen Meningokokken A, C, W, und Y in die Schutzimpfungs-Richtlinie (SI-RL) aufgenommen

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat die aktualisierten Empfehlungen der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut (STIKO) in die SI-RI übernommen. Die Impfung kann ab sofort über die GOP 89140 abgerechnet werden. Der Impfstoff ist über den Sprechstundenbedarf zu beziehen.

Zum Schutz vor Meningokokken-Erkrankungen sieht die SI-RL nun eine Impfung gegen Meningokokken A, C, W, Y für alle Kinder und Jugendliche im Alter von 12 bis 14 Jahren vor, auch wenn diese bereits in der Vergangenheit gegen diese Serogruppen geimpft wurden. Die Impfung kann bis zum Alter von 24 Jahren nachgeholt werden.

Die bisherige Standardimpfung gegen Meningokokken C für Kleinkinder im Alter von 12 Monaten entfällt aufgrund der geänderten epidemiologischen Lage und der geringen indirekten Schutzwirkung. Die GOP 89114 ist daher ab 18. Februar 2026 nicht mehr abrechnungsfähig.

Bitte beachten Sie, dass aufgrund des Wegfalls der STIKO-Empfehlung für diese Meningokokken C-Impfung mögliche Impfschäden nicht mehr durch die Staatshaftung abgedeckt sind.

Neue Impfempfehlung gegen Herpes zoster bei erhöhtem Erkrankungsrisiko

Die Indikationsimpfung gegen Herpes zoster wird für Personen mit erhöhtem Erkrankungsrisiko nun bereits ab 18 Jahren, statt bislang ab 50 Jahren, empfohlen.

Eine solche erhöhte Gefährdung liegt bei Personen mit angeborener oder erworbener Immunschwäche, mit Autoimmunerkrankungen oder mit schweren Ausprägungen chronischer Grunderkrankungen vor.

Für Personen im Alter von 18 bis 59 Jahren mit leichten, unkomplizierten oder medikamentös gut kontrollierten Formen chronischer Erkrankungen wird keine Impfung empfohlen, da nach Einschätzung der STIKO dieser Personenkreis kein deutlich höheres Risiko aufweist an Herpes zoster zu erkranken.

Die Empfehlung zur Standardimpfung für Personen ab 60 Jahren besteht unverändert fort.

Save-the-Date: 3. Telemedizin-Kongress Norddeich - FISH&Chips

Bereits zum dritten Mal veranstalten der Verein Gesundes Ostfriesland e.V., die Deutsche Gesellschaft für Telemedizin (DGTelemed z.V.), die Dr. Becker Kliniken zusammen mit der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen den Telemedizin-Kongress Norddeich. Unter dem Motto FISH&Chips werden die telemedizinischen Einsatzmöglichkeiten digitaler Technologien im ländlichen Raum vorgestellt; Im Anschluss kann bei einem deftigen Matjes-Brötchen diskutiert und ausgetauscht werden. Mit praxisorientiertem Fokus für die Vertreter aus Medizin und Pflege werden in diesem Jahr Projekte aus den Bereichen Telekonsil und Telemonitoring vorgestellt und die Umsetzungsmöglichkeiten in einem Praxisteil besprochen. Telemedizinische Geräte wie digitale Stethoskope, Ultraschall oder In-Ear-Sensoren werden in einer Ausstellung vorgestellt und können von den Teilnehmern getestet werden. Für die Teilnahme an der Veranstaltung werden Fortbildungspunkte der Ärztekammer vergeben.

Datum: Mittwoch, 13. Mai 2026, 14 bis 18 Uhr

Ort: Dr. Becker Kliniken, Norddeich

Infos: Prof. Dr. Philipp Walther (walther@gesundes-ostfriesland.de)

Besonderen Versorgung zur Behandlung von Gestationsdiabetes und sonstigen Diabetesformen durch Diabetologische Schwerpunktpraxen (GDM-DM3-Vertrag): Debeka BKK ab 1. April 2026 neu dabei

Die Debeka BKK ist dem GDM-DM3-Vertrag beigetreten.

Teilnehmende Krankenkassen ab 1. April 2026:

AOK Bremen / Bremerhaven	BKK Pfalz
AOK Niedersachsen	BKK Public
SVLFG als Landwirtschaftliche Krankenkasse	BKK Salzgitter
IKK BIG direkt gesund	BKK Technoform
IKK classic	BKK Verbund Plus
IKK gesund plus	BKK Werra-Meissner
KNAPPSCHAFT	BKK Wirtschaft und Finanzen
BARMER	Continentale BKK
HEK - Hanseatische Krankenkasse	Debeka BKK (neu ab 1. April 2026)
Techniker Krankenkasse	Energie BKK
BKK 24	Heimat BKK
Audi BKK	Mercedes-Benz BKK
BAHN-BKK	mkk - meine krankenkasse
BKK B. Braun Aesculap	Mobil Krankenkasse
BKK Diakonie	Novitas BKK
BKK DürkoppAdler	pronova BKK
BKK EWE	R + V BKK
BKK Exklusiv	Salus BKK
BKK Firmus	SKD BKK
BKK Freudenberg	TUI BKK
BKK Gildemeister Seidensticker	Viactiv Krankenkasse
BKK Herkules	Vivida BKK
BKK Linde	WMF BKK
BKK Miele	ZF BKK

Die Vertragsunterlagen inkl. der teilnehmenden Krankenkassen finden Sie im KVN-Portal unter „Verträge“ > Suchbegriff „GDM“ > Gestationsdiabetes und sonstige Diabetesformen (GDM-DM3-Vertrag)

Kooperationsanfragen an Mitglieder

Die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (KVN) erhält häufig Kooperationsanfragen von Institutionen im deutschen Gesundheitswesen und Universitäten. In der Regel geht es dabei um Online-Befragungen oder Informationen über bestimmte Diagnosen und Behandlungsmethoden.

[Diese Kooperationsanfragen finden Sie auf unserer Internetseite.](#)



Veranstaltungen

Unser komplettes Seminarangebot und welche Angebote für Ihre Praxis und die MitarbeiterInnen am besten geeignet sind, finden Sie auf unserer Internetseite . Dort können Sie sich [direkt online anmelden](#). Wenn ein Seminar interessant ist, gelangt man mit nur einem Klick auf den Titel zum Seminar und erhält dort alle weiteren Informationen .

Mittwoch, 15. April 2026

- [Moderne Wundversorgung](#) (Oldenburg)
- [Verordnungsweise in der täglichen Praxis](#) (Hannover)
- [Umgang mit schwierigen Patienten](#) (WebSeminar)
- [Hürden in der Aufbereitung](#) (Hannover)
- [Niederlassungsseminar Modul I „Meine eigene Praxis - Impulse für Ihren Start“](#) (WebSeminar)
- [Update Digitalisierung: Smarte Praxis - von der Anmeldung bis zur Abrechnung](#) (WebSeminar)

Samstag, 18. April 2026

- [Niedersächsisches Praxisforum live 2026 - Die interaktive Praxisbörse für Ärzte und Psychotherapeuten](#) (Hannover)
- [Diabetes und Verhalten - Ein patientenzentriertes Schulungsprogramm für Menschen mit Typ 2-Diabetes, die Insulin spritzen](#) (Hannover)

Mittwoch, 22. April 2026

- [Teamführung und Konfliktprävention](#) (WebSeminar)
- [Heilmittelverordnung in Theorie und Praxis für Fortgeschrittene](#) (Hannover)
- [Datenschutz für Fortgeschrittene](#) (WebSeminar)
- [Medizinprodukte-Aufbereitung Workshop](#) (Hannover)
- [Substitutionsverläufe zwischen Stabilität, Beigebruch und therapeutischer Stagnation - ärztl. Entscheidungsspielräume im Alltag](#) (WebSeminar)
- [Niederlassungsseminar Modul II „Meine eigene Praxis - So gelingt Ihr Start“](#) (Verden)

Freitag, 24. April 2026

- [Datenschutzbeauftragte/r Arbeitsgruppe](#) (WebSeminar)



Amtliches

Bekanntmachung Heilmittelvereinbarung für das Jahr 2026

Gem. §14 Abs. 2 ihrer Satzung gibt die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (KVN) bekannt, dass folgende Vereinbarung(en) im Internet unter <https://www.kvn.de/Amtliche+Bekanntmachungen.html> sind:

[Heilmittelvereinbarung gem. §84 Abs. 1 SGB V für das Jahr 2026](#)

Auf Anforderung wird der Text der Vereinbarung in Papierform zur Verfügung gestellt.

Hannover, den 17.02.2026

gez. Quednau

Änderung des Honorarverteilungsmaßstabes der KVN

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN) hat in ihrer Sitzung am 07.03.2026 die Neufassung des HVM ab 2/2026 beschlossen.

Die Änderung des Honorarverteilungsmaßstabes ist im Internet unter www.kvn.de (Amtliche Bekanntmachung) veröffentlicht.

Vorstehende Neufassung des Honorarverteilungsmaßstabes der KVN wird hiermit ausgefertigt und bekannt gegeben.

Hannover, 07.03.2026

Dr. Eckart Lummert

Vorsitzender der Vertreterversammlung KVN

Auf Anforderung wird der Text des HVM in Papierform zur Verfügung gestellt.

Amtsübergang in der Vertreterversammlung der KVN

Herr Dr. Ulf Burmeister, der bei den Wahlen zur Vertreterversammlung im Jahre 2022 gewählt worden war, ist aus der Vertreterversammlung der KVN ausgeschieden.

Aufgrund meiner Bestellung als Wahlleiterin habe ich festgestellt, dass der frei gewordene Sitz in der Vertreterversammlung Niedersachsen zum 31.01.2026 auf Herrn Dr. Martin Schlaeger, Oldenburg, übergegangen ist.

Die Wahlleiterin

Ausschreibungen für Nachfolgezulassungen in gesperrten Planungsbereichen

Die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (KVN) schreibt hiermit folgende Vertragsarzt-/
Vertragsärztinnen-/Vertragspsychotherapeuten-/Vertragspsychotherapeutinnensitze aus:

Die Ausschreibungen für Nachfolgezulassungen im Monat März 2026 finden Sie [hier](#).

Oder Sie besuchen unsere [Internetseite](#)

Impressum

KVNBachrichten

Das Rundschreiben der
Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen
1. Jahrgang, Nr. 03/2026

Herausgeber:

Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen
Berliner Allee 22, 30175 Hannover

Redaktionsausschuss:

Mark Barjenbruch, Thorsten Schmidt, Nicole Löhrl,
Dr. Eckart Lummert, Dr. Ludwig Grau

Redaktion:

Detlef Haffke (v.i.S.d.P.), Lars Menz,
Michael Aßhauer, Sandra Meyer

Anschrift der Redaktion:

Berliner Allee 22, 30175 Hannover
pressestelle@kvn.de
www.kvn.de

Bildnachweis

S. 1: oben: Knoth; unten links: Haffke; unten rechts: Menz; S. 4: Menz;
S. 5/6: Knoth; S. 7: Menz; S. 8: Haffke; S. 13: pexels.com

März Ausgabe 2026 veröffentlicht am 11. März 2026

KVNBachrichten

Das Rundschreiben der Kassenärztlichen
Vereinigung Niedersachsen

02/2026



Werde deine
eigene
Chef-Ärztin.

LASS DICH
NIEDER IN



8



7

Wanderausstellung „Systemerkrankung“. Ab 3. März bei der KVN in Hannover. - Seite 7

sicher.versorgt.überall. Leitthema der Gesundheitsministerkonferenz. - Seite 8

„Lass dich nieder in Praxenland“: Warum eine Niederlassung immer noch Sinn macht. - Seite 12

Inhalt – KVNachrichten 02/2026



Editorial



Nachrichten

Barrierefreiheit in Praxen: Kriterienkatalog erweitert	5
Hausärzte profitieren	6
Wanderausstellung „Systemerkrankung. Arzt und Patient im Nationalsozialismus“	7
sicher.versorgt.überall	8
Dr. med. Marion Charlotte Renneberg ist neue Präsidentin der Ärztekammer Niedersachsen	9
Wachsender Werkzeugkasten	10
Immer gut informiert	11
„Lass dich nieder in Praxenland“: Warum eine Niederlassung immer noch Sinn macht	12
Arzneimittelversorgung mit Zukunft - Was brauchen wir wirklich?	13
KVN kritisiert populistische Debatte um schnellere Arzttermine	13



ATIS informiert

ASS 100 mg unter Methotrexat-Therapie: Wie relevant ist die Kontraindikation bei Notwendigkeit leicht erhöhter Methotrexat-Dosierungen?	15
---	----



Abrechnung

Behandlung von Patienten über das 21. Lebensjahr hinaus durch Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin.	17
Digitale Gesundheitsanwendung „Kranus Mictera“: ab April neue Leistung im EBM	17



Verordnung

Padcev® (Enfortumab Vedotin) als bundesweite Praxisbesonderheit anerkannt	19
Wirtschaftlichkeitsziel preisgünstiges biosimilares Denosumab.	19
Aktualisierung Anlage VIIa (Biologika und Biosimilars)	20



Allgemeine Hinweise

Sprechstundenbedarf - Import von Mydriaticum Stulln Augentropfen (Wirkstoff Tropicamid) bis 30. April 2026 gestattet.	21
Hausarztzentrierte Versorgung KNAPPSCHAFT: Neue Teilnahmeformulare.	21
Sprechstundenbedarf - Importmöglichkeit von Miochol E (Wirkstoff Acetylcholinchlorid) bis 20. Februar 2026 verlängert	21
Sprechstundenbedarf - Importmöglichkeit von Neosynephrin AT (Wirkstoff Phenylephrinhydrochlorid).	22
Kooperationsanfragen an Mitglieder.	22



Veranstaltungen



Amtliches

Ausschreibungen für Nachfolgezulassungen in gesperrten Planungsbereichen	24
Ausschreibungen wegen Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen (partielle Entsperrungen)	24
Förderung für die Besetzung von Vertragsarztsitzen nach der Strukturfonds-Richtlinie der KVN	24
Förderung für die Besetzung von Vertragsarztsitzen nach der Strukturfonds-Richtlinie der KVN	25
Bedarfsplanung in der vertragsärztlichen Versorgung, Fortschreibung Nr. 2/2025	25
Bekanntmachung Arzneimittelvereinbarung 2026	26
Sitzung der KVN-Vertreterversammlung	26

 **Editorial**

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

vom 1. Januar 2026 bis zum 31. Dezember 2026 hat Niedersachsen den Vorsitz der 99. Gesundheitsministerkonferenz, der dazugehörigen Amtschefkonferenz sowie der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden übernommen.

Das Motto der 99. Gesundheitsministerkonferenz lautet SICHER.VERSORGT.ÜBERALL.

Dieses Motto greift die strukturellen Herausforderungen und die Sicherstellung einer wirtschaftlichen und bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung auf.

Deutschlands Gesundheitssystem steht trotz hoher Qualität vor großen Belastungen. Niedersachsen drängt als neues Vorsitzland der Gesundheitsministerkonferenz auf ein starkes Gesamtkonzept: sichere ambulante Versorgung, bessere Steuerung der Patientenwege, starke Prävention und krisenfeste Strukturen sowie der sichere Zugang zu Apotheken und Arzneimitteln. So soll die medizinische Versorgung zukunftssicher und verlässlich bleiben.

In unserem Vorsitzjahr arbeiten wir mit ganzer Kraft darauf hin, mit modernen und zukunftsfähigen Lösungen den vielfältigen Anforderungen durch regional angepasste, vernetzte, effiziente und krisensicher gestaltete Versorgungsstrukturen zu begegnen. Die Gestaltung einer zukunftsfesten Gesundheitsversorgung wird somit zu einem der zentralen Schwerpunkte der GMK. Von ihr soll das klare Signal ausgehen, dass sich die Länder der Probleme und Herausforderungen bewusst sind und die Weichen für eine nachhaltige, finanziell tragfähige und patientenzentrierte Reform des Systems stellen wollen.

Das Thema Gesundheit betrifft uns alle. Es bestimmt unsere Lebensqualität und ist die zentrale Voraussetzung dafür, dass wir selbstbestimmt den Anforderungen des Alltags gerecht werden können. Dafür wird sich die GMK unter meinem Vorsitz einsetzen.

Ihr

Dr. Andreas Philippi

Niedersächsischer Minister für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung

Vorsitzender der 99. Gesundheitsministerkonferenz 2026

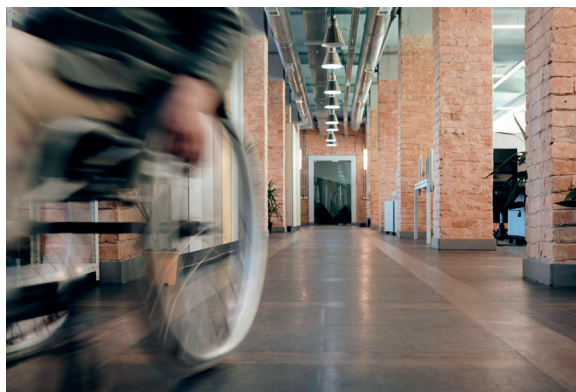


 **Nachrichten**

Barrierefreiheit in Praxen: Kriterienkatalog erweitert

Online-Fragebogen für einfachere Angabe der Praxisdaten ab 16. Februar freigeschaltet

Für Menschen mit einer Behinderung ist es nicht immer leicht, eine passende Arzt- oder Psychotherapiepraxis mit den benötigten Zugangsmöglichkeiten zu finden. Informationen zur Barrierefreiheit bieten den Betroffenen Orientierung bei der Suche nach geeigneten Praxen und unterstützen bei einer möglichst niedrigschwelligen Teilhabe an der Versorgung. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat zusammen mit dem Deutschen Behindertenrat sowie der Bundesfachstelle Barrierefreiheit einen Katalog von Kriterien zur Barrierefreiheit von Praxen entwickelt, um solche Informationen künftig bundesweit einheitlich im Internet bereitstellen zu können. Damit setzt die KBV eine entsprechende gesetzliche Vorgabe aus dem Sozialgesetzbuch um.



Der neu gefasste und erweiterte Katalog berücksichtigt neben Beeinträchtigungen durch Mobilitätseinschränkungen, Sehbehinderung, Taubheit und Schwerhörigkeit nun auch kognitive Beeinträchtigungen sowie Blindheit und führt die wesentlichen Merkmale für barrierefreie Zugangsmöglichkeiten jeweils im Detail auf.

Neue Webanwendung: Fragebogen einfach online ausfüllen

Damit Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten möglichst einfach Angaben zur Barrierefreiheit ihrer Praxis machen können, steht eine Webanwendung der KBV mit einem interaktiven Fragebogen zur Verfügung, der schnell und überschaubar durch die zahlreichen Aspekte von Barrierefreiheit innerhalb und außerhalb der Praxis führt. Kurze Texte und Grafiken erläutern und veranschaulichen den Kriterienkatalog, der die vier Themenbereiche Bauliche Gegebenheiten, Ausstattung der Praxis, Schilder und Markierungen sowie Information und Service umfasst.

Praxen können sich im [KVN-Portal](#) ab dem 16. Februar unter Online-Dienste -> Anwendungen -> Angaben zur Barrierefreiheit

über den sogenannten FIM-Zugang direkt bei der browserbasierten Anwendung, dem „KBV-Praxis-Portal“, anmelden und den Fragebogen in rund 20 bis 30 Minuten unkompliziert online ausfüllen. Alle Angaben zu den Merkmalen sind freiwillig. Fragen, die auf die jeweilige Praxis nicht zutreffen, können einfach übersprungen werden. Eine Dashboard-Darstellung liefert einen Überblick über die erfolgten Angaben zur Barrierefreiheit, sodass Praxen diese ändern oder ergänzen können.

Die so erhobenen Praxisdaten werden direkt in das Bundesarztregister eingetragen und in der Arzt- und Psychotherapeutensuche der KBV (<https://arztsuche.116117.de>) veröffentlicht. So

können sich Patientinnen und Patienten künftig detailliert über die Barrierefreiheit von Praxen informieren.

Barrierefreiheit in medizinischen Einrichtungen ist entscheidend, um allen Menschen den Zugang zu notwendigen Gesundheitsdiensten zu ermöglichen. Der Fragebogen hilft, den aktuellen Stand der Barrierefreiheit zu erfassen. Im Vordergrund steht dabei das Schaffen von Transparenz über die Praxisausstattung für Menschen mit Beeinträchtigungen – ohne den Anspruch, dass alle Kriterien von allen Praxen erfüllt werden. Gleichzeitig können sich Ärzte und Psychotherapeuten mit dem Fragebogen einen Überblick verschaffen, wie sie ihre Praxis noch besser auf spezielle Bedürfnisse ausrichten und Barrieren abbauen können. Häufig können bereits kleine Veränderungen viel bewirken.

Hintergrund

Die KBV hatte mit dem Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz den gesetzlichen Auftrag erhalten, Informationen zur Barrierefreiheit von Praxen bundesweit einheitlich bereitzustellen.

Weitere Infos: <https://www.kbv.de/praxis/praxisfuehrung/barrierefreiheit>

Hausärzte profitieren

Ergebnisse der Honorarabrechnung 3/2025

Der ausgeschüttete Gesamthonorarumsatz ist gegenüber dem Vorjahresquartal absolut betrachtet um 6,27 Prozent bzw. je Ärztin und Arzt um 6,49 Prozent gestiegen. Die Honorarsteigerungen fallen dabei mit 8,06 Prozent gesamt bzw. 8,22 Prozent je Arzt im hausärztlichen Versorgungsbereich etwas höher aus als im fachärztlichen Bereich mit 5,51 Prozent gesamt bzw. 5,04 Prozent je Ärztin und Arzt. Die Gründe liegen hier insbesondere bei Zugewinnen durch die ePA-Erstbefüllung (GOP 01648 EBM), die vor allem durch Hausärzte erfolgt sowie bei Steigerungen im Bereich der Hausarztzentrierten Versorgung sowie den Schutzimpfungen.

Die Vertragstherapeuten konnten ihr Honorarvolumen um 5,09 Prozent (je Therapeutin und Therapeut 5,21 Prozent) erhöhen. Trotz einer Steigerung der Fallzahl konnte auch der Fallwert um 1,85 Prozent erhöht werden. Beim Blick auf den Zweijahresvergleich zeigt sich bei den Vertragstherapeuten gegenüber 3/2023 ein deutlich überdurchschnittliches Honorarwachstum von plus 16,18 Prozent (je Therapeut +15,40 Prozent). Für die Fachärzte ergeben sich im Zweijahresvergleich Steigerungsraten von 11,31 Prozent gesamt bzw. 11,46 Prozent je Ärztin und Arzt. Hausärzte konnten gegenüber dem 3. Quartal 2023 ihr Honorarvolumen insgesamt um 13,76 Prozent (je Arzt um 13,99 Prozent) steigern.

Die stärksten Honorarsteigerungen je Ärztin und Arzt gegenüber dem Vorjahresquartal zeigen sich mit den Augenärzten, den Neurologen, den Fachärzten für psychosomatische Medizin und Psychotherapie, den Kinder- und Jugendpsychiatern sowie den Radiologen bei solchen Arztgruppen, die eine überdurchschnittlich positive Fallzahlentwicklung aufweisen. Bei den Fachärzten für psychosomatische Medizin und Psychotherapie kommt noch der statistische Effekt einer sinkenden Arztzahl hinzu. Die Augenärzte profitieren zusätzlich von einer stärkeren Steigerung im Bereich der ambulanten Operationen, Kinder- und Jugendpsychiater konnten Zuwächse im Bereich der Sozialpsychiatrie und Radiologen bei den TSVG-Leistungen generieren.

Deutlich unterdurchschnittliche Honorarentwicklungen je Ärztin und Arzt weisen dagegen mit den Chirurgen, den Angiologen, den Laborärzten sowie den hausärztlichen Kinderärzten solche Arztgruppen auf, die im Vergleich zum Vorjahresquartal bei ihren Fallzahlen einen stärkeren Rückgang zu verzeichnen haben. Die ausführliche Übersicht zur Honorarentwicklung finden Sie [hier](#)

Wanderausstellung „Systemerkrankung. Arzt und Patient im Nationalsozialismus“

Ausstellung in Hannover: Ärzte und Patienten im Dritten Reich

Vom 3. März bis 27. März 2026 präsentiert die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (KVN) die Wanderausstellung „Systemerkrankung. Arzt und Patient im Nationalsozialismus“. Sie bildet den Abschluss eines von der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) initiierten Forschungsprojekts zur Geschichte ihrer Vorgängerorganisation, der kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands (KVD). Die KVD war im Dritten Reich an der Entrechtung und Vertreibung jüdischer sowie oppositioneller Kassenärzte beteiligt.

Im Jahr 2018 hatte die Vertreterversammlung der KBV das ZfA (Zentrum für Antisemitismusforschung) an der Technischen Universität Berlin mit der Erforschung der KVD-Geschichte beauftragt. Den Wissenschaftlern stand dafür das umfangreiche Kölner Archiv der KBV zur Verfügung. Mit der Wanderausstellung präsentiert das ZfA die Ergebnisse seiner mehrjährigen Arbeit für das Projekt „KBV übernimmt Verantwortung“ der breiten Öffentlichkeit.

Allen Interessierten steht die Ausstellung in Hannover vom 3. bis 27. März 2026 zur Besichtigung in den Räumen der KVN-Bezirksstelle in Hannover, Schiffgraben 28, 30175 Hannover (Zugang über Innenhof Berliner Allee 22) offen (montags bis donnerstags von 10 bis 17 Uhr, freitags von 10 bis 14 Uhr).

Das größtenteils unveröffentlichte Quellenmaterial wurde für die Ausstellung multimedial aufbereitet: mit Texten, Dokumenten, Fotos sowie Ton- und Video-Material. Nach dem zweimonatigen Auftakt 2025 in Berlin wurde und wird die Ausstellung 2025 und 2026 nach und nach deutschlandweit bei den Kassenärztlichen Vereinigungen zu sehen sein.

Zum Hintergrund: Ärzte nahmen im Dritten Reich eine Schlüsselfunktion ein. Im Namen der sogenannten Rassenhygiene waren sie mitverantwortlich dafür, Menschen in „wertes“ und „unwertes“ Leben einzuteilen – und damit in den sicheren Tod zu schicken. Für Zwangsterilisationen und Krankenmorde zeichneten sie sich ebenso verantwortlich wie für Humanexperimente in Konzentrationslagern. Ärztliche Standesorganisationen wie die KVD schalteten sich kurz nach der Machtergreifung durch die Nationalsozialisten gleich. Jüdische Ärzte wurden verdrängt, vertrieben oder zunächst zu „Krankenbehandlern“ degradiert, sodass sie ausschließlich jüdische Patienten versorgen durften. Voraussetzung für zahlreiche NS-Medizinverbrechen war außerdem die Einschränkung der ärztlichen Schweigepflicht, die gebrochen werden durfte, wenn das „gesunde Volksempfinden“ ihr entgegenstand.

Wanderausstellung „Systemerkrankung. Arzt und Patient im Nationalsozialismus“
Wanderausstellung über Ärzte und Patienten im Dritten Reich

Öffentlich zugänglich: 3. bis 27. März 2026 (kostenlos), Montag bis Donnerstag von 10 bis 17 Uhr und Freitag von 10 bis 14 Uhr

Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen - Bezirksstelle Hannover

Schiffgraben 28, 30175 Hannover (Zugang über Innenhof Berliner Allee 22)

Kurator: Dr. Ulrich Prehn, TU Berlin, Wissenschaftliche Begleitung: Dr. Ulrich Prehn und Sjoma Liederwald, TU Berlin/Zentrum für Antisemitismusforschung



Mehr zur Ausstellung:
www.kvn.de/Startseite/Wanderausstellung+Systemerkrankung+Arzt+und+Patient+im+Nationalsozialismus-p-49324.html

sicher.versorgt.überall

Leitthema der Gesundheitsministerkonferenz unter Leitung von Dr. Andreas Philippi ist Versorgungssicherheit

Niedersachsen hat vom 1. Januar 2026 bis zum 31. Dezember 2026 den Vorsitz der Gesundheitsministerkonferenz (GMK) übernommen. Unter dem Motto „sicher.versorgt.überall“ wird zentrales Leitthema der diesjährigen GMK das Thema „Versorgungssicherheit“ sein.

Der Niedersächsische Minister für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung, Dr. Andreas Philippi, als Vorsitzender der GMK nimmt fünf Themen in den Fokus der Gesundheitsmi-

nister. Bessere hausärztliche und fachärztliche Versorgung, sichere Gesundheitsversorgung im Falle der zivilen Verteidigung, einen sicheren Zugang zu Apotheken und Arzneimitteln und einen sicheren Infektionsschutz.

Nach Ansicht Philipppis wird das deutsche Gesundheitssystem zunehmend auf die Probe gestellt. Besonders die demografische Entwicklung der Bevölkerung, aber auch der Ärzteschaft erwiesen sich als große, wenn nicht gar existenzielle Herausforderungen. In Zukunft werde immer weniger medizinisches Personal zur Verfügung stehen und das bei einer gleichzeitig steigenden Anzahl an Kranken und Pflegebedürftigen. Daher seien neue Lösungen gefragt.

Zum einen seien die Krankenhäuser in der Verantwortung, sich so aufzustellen, dass sie den Bedarfen vor Ort gerecht werden. Dafür erhielten sie die nötigen politischen Rahmenbedingungen auf Bundes- und Länderebene. Dazu bedürfe es einer engen Abstimmung zwischen Bund und GMK. Der Bund gebe die rechtlichen Weichenstellungen vor, nach der die Länder sowie ihre Selbstverwaltungsorgane ihre Planungen vorantreiben könnten.

Die Krankenhausreform werde durch die Einführung von Leistungsgruppen für verbindliche Qualitätsstandards sorgen und gewährleisten, dass Patientinnen und Patienten auch nur dort behandelt werden, wo nachweislich die nötige Erfahrung und die entsprechende Ausstattung besteht. Im selben Atemzug senke die Politik durch eine Vorhaltevergütung den Kostendruck der Kliniken, die nicht länger darauf angewiesen seien, möglichst viele Patientinnen und Patienten zu versorgen.

Insgesamt müssten Kosten im Gesundheitssystem gesenkt werden. Dies dürfe nach Ansicht Philipppis jedoch nicht zulasten der Behandlungsqualität gehen. Die Ambulantisierung sei eine wichtige Maßnahme. Viele Leistungen, die derzeit noch stationär erbracht würden, könnten problemlos ambulant durchgeführt werden.

Eine Ambulantisierung könne ohne Patientensteuerung nicht funktionieren. Daher werde er sich in der GMK für die Einführung eines Primärarztsystems einsetzen. Als Vorsitzland werde sich Niedersachsen für eine Ambulantisierung unseres Gesundheitswesens und damit für eine sichere hausärztliche Versorgung einsetzen. Dazu gehöre auch die Entlastung der Hausarztpraxen durch eine verstärkte Delegation von Aufgaben, beispielsweise an Physician Assistants.

Zudem mache er sich für kürzere Wartezeiten auf Arzttermine stark und für eine Anpassung der Regelung für Hybrid-DRG bei den Fachärztinnen und Fachärzten. Ebenfalls sei eine grundlegende Apothekenreform unverzichtbar, damit der sichere Zugang zu Apotheken und Arzneimitteln gerade im ländlichen Raum gesichert bleibe.



Zur Versorgungssicherheit gehört für Minister Philippi auch die zivile Verteidigung und ein vollumfängliches Krisenmanagement. Einrichtungen des Gesundheitswesens müssten in der Lage sein, schnell und effizient auf zivile und militärische Zwischenfälle zu reagieren. Aus diesem Grund seien einheitliche Strukturen unerlässlich. Dies gelte für die Beschaffung von Schutzausrüstung, Impfstoffen und Arzneimitteln sowie eine Koordination von Logistik und Expertenberatung bei Bedrohungslagen.

Außerdem werde auch der Infektionsschutz eine wichtige Rolle auf der GMK spielen. Dazu sei ein krisenfester Öffentlicher Gesundheitsdienst unerlässlich.

Dr. med. Marion Charlotte Renneberg ist neue Präsidentin der Ärztekammer Niedersachsen

Dr. med. Thomas Buck und Hans-Martin Wollenberg wurden von der Kammerversamm- lung der Ärztekammer Niedersachsen als stellvertretende Präsidenten gewählt

Die 60 Delegierten der Kammerversammlung der Ärztekammer Niedersachsen (ÄKN) haben am 21. Januar 2026 Dr. med. Marion Charlotte Renneberg zur neuen Präsidentin der ÄKN gewählt. Renneberg ist von Haus aus Fachärztin für Allgemeinmedizin und als Hausärztin in Ilsede niedergelassen. Als neue stellvertretende Präsidenten der ÄKN wurden Dr. med. Thomas Buck und Hans-Martin Wollenberg gewählt. Ebenfalls neu gewählt wurden die weiteren Vorstandsmitglieder des siebenköpfigen Gremiums: Dr. med. Karin Bremer, Dr. med. Franz Bernhard M. Ensink, MBA, Johannes Neimann und Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Diana Steinmann.

Renneberg tritt die Nachfolge von Dr. med. Martina Wenker an, die sich nach 20 Jahren im Amt als Präsidentin nicht mehr zur Wahl gestellt hatte.



**Dr. med. Marion
Charlotte Renneberg,
Präsidentin der Ärzte-
kammer Niedersach-
sen (Mitte), Dr. med.
Thomas Buck (l.) und
Hans-Martin Wollen-
berg (r.), beide stellver-
tretende Präsidenten
der Ärztekammer
Niedersachsen.**

Wachsender Werkzeugkasten

KBV-Roadshow informiert KV-Mitglieder über Chancen, Möglichkeiten und Regeln von KI in der Arztpraxis

In Niedersachsen war sie ebenso wie kürzlich auch in Schleswig-Holstein – nun geht die KI-Roadshow der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) nach Mecklenburg-Vorpommern, Bremen, Hessen und Sachsen-Anhalt. Gleichwohl ist diese Info-Veranstaltung für Arzt- und Psychotherapeutische Praxen nicht wirklich vor Ort, sondern kommt wie es zum Thema Künstliche Intelligenz passt, digital. Eine Teilnahme an einer der nächsten Videokonferenzen ist also unproblematisch und kostenfrei möglich, ganz egal, wo die eigene Praxis ist. Anmeldung hier: <https://www.kbv.de/infothek/veranstaltungen/ki-roadshow>

Von KI-Geschichte bis juristisches Regelwerk

Die zweistündige Veranstaltung bietet vier halbstündige Vorträge. Zu Beginn geht es in einem hochspannenden Parforceritt durch die Geschichte der KI. Wer hätte gedacht, dass der erste Chatbot schon 1966 an den Start ging? Der Grund, warum es dennoch noch bis etwa 2010 dauerte, bis die KI richtig in Fahrt kam, war vor allem, dass es an leistungsstarken Hardware-Ressourcen fehlte. Heute gibt es bei Chat-GPT rund 700 Millionen Anfragen pro Woche – und immer mehr auch zum Thema Gesundheit. Der Algorithmus, als regelbasierte KI, geht schrittweise vor: wenn X dann Y. Immer mehr reden wir aber auch über neuronale Netze, die dem menschlichen Gehirn nachempfunden werden, es geht um Deep-Learning und generative Künstliche Intelligenz, also KI, die nicht nur vorhandene Daten auswertet, sondern neue Inhalte erzeugt. Was bedeutet das alles für das Gesundheitswesen? Diese Frage beantwortet der zweite Vortrag der KBV-KI-Roadshow. Deutlich wird: KI wird in der Medizin immer mehr zum Werkzeugkasten, der die ärztliche Tätigkeit unterstützt – beispielsweise bei der Datenanalyse, bei der Bilderkennung, bei der Verarbeitung natürlicher Sprache oder bei der Entscheidungsfindung. KI hilft, Vorhersagen zu treffen und Probleme zu lösen. Und sie führt zu einer Personalisierung der Medizin. Bewusst bleiben muss dem medizinischen Personal dabei jedoch immer, dass KI kein Verständnis über Zusammenhänge hat. Können die Ergebnisse richtig sein? Ist der Datenschutz gewährt? Am Ende muss immer eine Ärztin oder ein Arzt entscheiden – und das wird auch in Zukunft so bleiben.

Von der Vision zur Realität

KI im Gesundheitswesen ist keine Zukunftsvision mehr, sondern Realität. Bei digitalen Erstein-schätzungsverfahren wie SmED kommt sie ebenso zum Einsatz wie beim Telefonassistenten am Praxistresen. Oder auch bei der Mamadiagnostik, wie bei der Veranstaltung an einem konkreten Fallbeispiel verdeutlicht wird. Auch hier: KI ergänzt, ärztliche Expertise bleibt. Doch darf man KI überhaupt in der eigenen Praxis einsetzen? Grundsätzlich ja, aber wie überall gibt es auch hier Spielregeln. Die rechtlichen Rahmenbedingungen sind Inhalt des vierten und letzten Vortrags. In der KBV-KI-Roadshow können sich Ärztinnen und Ärzte, sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten also schlau machen – und sollten das auch tun. Denn am Ende wird es so sein, wie Dr. Philipp Stachwitz, Leiter der Stabsstelle Digitalisierung bei der KBV, zum Ende seines Vortrags sagte: „Die Zukunft gehört den Ärztinnen und Ärzten, die KI einsetzen.“

Immer gut informiert

Folgen Sie der KVN auf Social Media



Aktuelle Meldungen, Veranstaltungen, Serviceangebote und Einblicke in die Arbeit der KVN finden Sie auch auf unseren Social-Media-Kanälen. Dort informieren wir Sie schnell, kompakt und multimedial über alles, was für Sie wichtig ist.

Auf [Instagram](#), Facebook und [LinkedIn](#) finden Sie uns unter „Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen“. Dort veröffentlichen wir regelmäßig Pressemitteilungen, Hinweise auf Veranstaltungen, gesundheitspolitische Themen sowie Neuigkeiten aus der KVN. Unser gleichnamiger [YouTube-Kanal](#) bietet Videos zu Veranstaltungen, Interviews und Informationsformaten.

Speziell für Medizinstudierende sowie Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung gibt es zudem den Kanal „KVNiederlassen“ auf Instagram und Facebook. Hier stehen - mit wöchentlichen Beiträgen - Themen rund um Studium, Weiterbildung, Berufseinstieg und Praxisalltag im Mittelpunkt.

Folgen Sie uns gerne und bleiben Sie jederzeit aktuell informiert!

[instagram.com/kvniedersachsen](https://www.instagram.com/kvniedersachsen)
[instagram.com/kvniederlassen](https://www.instagram.com/kvniederlassen)

„Lass dich nieder in Praxenland“: Warum eine Niederlassung immer noch Sinn macht

Die KBV startet zusammen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) in eine neue Phase ihrer bundesweiten #Praxenland-Kampagne

„Die Arbeit in der eigenen Praxis ist mehr als ein Beruf – sie ist eine Berufung. Die Kolleginnen und Kollegen arbeiten für ihr Leben gern in der Niederlassung und sie tun das mit viel Herzblut. Aber damit das so bleibt, braucht es bessere Rahmenbedingungen. Allein im Jahr 2024 haben die vertragsärztlichen Praxen Leistungen im Wert von circa 2,7 Milliarden Euro nicht bezahlt bekommen. Jährlich werden über 40 Millionen Termine im fachärztlichen Bereich nicht vergütet. Das kann so nicht weitergehen. Mit dieser Kampagne werben wir deshalb nicht nur für den Erhalt der ambulanten Versorgung, sondern auch für die Wertschätzung, die sie verdient“, betont Dr. Andreas Gassen, Vorstandsvorsitzender der KBV.

Mit Slogans wie „Mehr Verantwortung tragen als jede Führungsetage“ und „Werde dein eigener Chef, Arzt“ sowie Motiven, die echte Ärztinnen und Ärzte bei ihrer Arbeit zeigen, werden die Vorzüge einer Niederlassung herausgestellt. Insgesamt fünf Haus- und Fachärzte aus verschiedenen Regionen Deutschlands waren als Kampagnengesichter beim Shooting dabei.

„Wer sich niederlässt, arbeitet mit Herz und hat die Chance, Menschen über Jahre zu begleiten. Diese Nähe zeigt, warum die Praxis vor Ort so eminent wichtig ist. Ohne sie ist auch der gesellschaftliche Zusammenhalt zunehmend gefährdet. Doch schon jetzt sind etwa 5.000 Hausarztsitze deutschlandweit nicht besetzt. Und die Abgangsraten durch die Babyboomer werden zukünftig noch weiter steigen. Deshalb brauchen wir dringend Strukturreformen – unter anderem müssen zum Beispiel bürokratische Hürden schleunigst abgebaut werden“, sagt der stellvertretende Vorstandsvorsitzende der KBV, Dr. Stephan Hofmeister.

Der Appell „Lass dich nieder in Praxenland“ verknüpft die #Praxenland-Kampagne, mit der KBV und KVen seit 2025 öffentlichkeitswirksam den Stellenwert der ärztlichen und psychotherapeutischen Praxen betonen, mit der Nachwuchskampagne „Lass dich nieder“. Mit dieser Aufforderung wenden sich die KBV und die KVen seit Mai 2014 gezielt an Medizinstudierende und junge Ärzte, um sie über die Arbeit in der Niederlassung zu informieren – und dafür zu begeistern.

Die aktuelle Recruiting-Kampagne wird vom 19. Januar bis 29. März deutschlandweit und multimedial über Social Media, Streamingdienste, digitale Medien sowie als Außenwerbung an relevanten Standorten, wie dem Regierungsviertel in Berlin und in der Nähe von Krankenhäusern und Kliniken, ausgespielt. Ihren Höhepunkt findet „Lass dich nieder in Praxenland“ schließlich Anfang März mit einem Kampagnenfilm, der die Praxisgründung beispielhaft begleitet. als Kampagnengesichter beim Shooting dabei.



Weitere Informationen finden Sie unter:

www.praxenland.de

www.lass-dich-nieder.de

Arzneimittelversorgung mit Zukunft – Was brauchen wir wirklich?

Fachtagung am 14. März in Göttingen

Die Ärzt:inneninitiative MEZIS e.V. veranstaltet am 14. März 2026 in Göttingen die Fachtagung „Arzneimittelversorgung mit Zukunft - Was brauchen wir wirklich?“ Akteure aus Medizin, Pharmazie sowie zivilgesellschaftlichen Initiativen kommen zusammen, um über eine zukunftsfähige Arzneimittelversorgung zu diskutieren. Im Fokus stehen Umweltwirkungen von Medikamenten, ressourcenschonende Verordnung und Best-Practice-Beispiele aus anderen Ländern. Wie kann eine Umsetzung in Deutschland gelingen? Welche Hebel stehen zur Verfügung – individuell, institutionell und politisch? Impulsvorträge und World Cafés laden dazu ein, Wissen zu vertiefen, Perspektiven zu verknüpfen und konkrete Handlungsmöglichkeiten zu entwickeln: für Praxis, Klinik, Apotheke und Alltag.

Weitere Informationen zum Programm und zur Anmeldung unter: <https://mezis.de/fachtagung-2026/>

KVN kritisiert populistische Debatte um schnellere Arzttermine

KVN-Vorstandsvorsitzender Mark Barjenbruch widerspricht Forderungen des Bundesrechnungshofs



Der Vorstand der Kassennärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN) hat heute in Hannover die Forderung des Bundesrechnungshofs (BRH) scharf kritisiert, die Vergütung bei der schnellen Terminvermittlung von Arztterminen zu streichen.

Der Bundesrechnungshof hatte die zusätzlichen Vergütungen zur Vermittlung von Facharztterminen kritisiert und eine zügige Abschaffung gefordert. In einem Bericht des BRH an den Haushaltsausschuss des Bundestages stellt er fest, dass das Ziel, die Wartezeiten auf Facharzttermine zu verkürzen, nicht erreicht worden sei.

„Rund zwei Millionen Termine in Arzt- und Psychotherapiepraxen haben die Terminservicestellen der Kassennärztlichen Vereinigungen im vergangenen Jahr vermittelt. Damit hat sich die Anzahl innerhalb von nur zwei Jahren verdoppelt. Erstmals wurden auch mehr Termine online gebucht als telefonisch. Dies zeigen aktuelle Zahlen der Kassennärztlichen Bundesvereinigung. Immer mehr Bürgerinnen und Bürger nutzen das Angebot der Terminservicestellen über die 116117, um einen schnellen Termin zu buchen“, sagte KVN-Vorstandschef Mark Barjenbruch.

„Wir führen gerade eine populistische Debatte um kürzere Wartezeiten. Die Streichung von finanziellen Anreizen zum Beispiel für den Hausarztvermittlungsfall löst das Problem nicht. Aufgrund der im fachärztlichen Bereich geltenden Budgetierung werden allein in Niedersachsen rund vier Millionen geleistete Termine nicht bezahlt“, so Barjenbruch. Würde der finanzielle Spielraum weiter eingeschränkt, werde es nicht mehr, sondern weniger Termine geben.

Barjenbruch betonte, dass viele Anliegen von Patientinnen und Patienten wie Vorsorgetermine oder Verlaufskontrollen nicht zeitkritisch seien, während Praxen bei akuten Beschwerden – den sogenannten Akutterminen, die medizinisch indiziert sind – in der Regel kurzfristige Termine

ermöglichten. Zusätzlich gebe es den Hausarztvermittlungsfall, offene Sprechstunden und die Terminservicestelle der KVen.

„Forderungen nach noch schnelleren Terminen lehne ich ab. Wer alle Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung jederzeit, sofort haben will, muss auch offen sagen, dass dies mit den derzeit verfügbaren Finanzmitteln nicht möglich ist“, machte Barjenbruch deutlich.

Steigende Nutzerzahlen der Terminservicestelle

Seit Einführung der Terminservicestellen (TSS) durch die Kassenärztlichen Vereinigungen vor zehn Jahren sind die Nutzerzahlen kontinuierlich gestiegen. Waren es im ersten Jahr bundesweit rund 65.000 Termine, wurden fünf Jahre später schon über eine halbe Millionen Arzttermine vermittelt. 2023 verzeichneten die TSS etwa 1,1 Millionen und 2024 etwa 1,5 Millionen Terminbuchungen – im vorigen Jahr dann rund zwei Millionen. Ärzte und Psychotherapeuten melden, freie Termine den TSS. Werden die Termine vermittelt, erhalten Ärztinnen und Ärzte die Behandlung in voller Höhe zuzüglich eines Zuschlags vergütet.

Seit Januar 2016 sind die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) gesetzlich verpflichtet, Terminservicestellen zu betreiben und gesetzlich Krankenversicherten in dringenden Fällen zeitnah einen Termin zu vermitteln. Ärzte und Psychotherapeuten stellen dazu freie Termine bereit, die die Patienten über die 116117 telefonisch oder online buchen können, so auch in Akutfällen innerhalb von 24 Stunden oder Termine zu Videosprechstunden. Patienten benötigen für die meisten Fachrichtungen von ihrem Arzt eine Überweisung mit einem Vermittlungscode. Ausgenommen sind Termine bei Haus-, Kinder-, Augen- und Frauenärzten sowie für ein psychotherapeutisches Erstgespräch.

Wirtschaftsseminare* der KVN

**Das Niedersächsische
Praxisforum live 2026 - Die
interaktive Praxisbörse für Ärzte
und Psychotherapeuten
am 18.04.2026 in Hannover**

Wir bringen Niederlassungsinteressierte, Kooperationsinteressierte und Praxisabgeber in den Austausch!

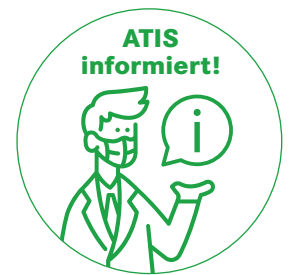
- ✓ Interaktive Themenstationen zu Praxisübergabe, Kooperation, u.v.m.
- ✓ Einführung in die KVN Praxisbörse
- ✓ „Get together“ mit Kolleginnen und Kollegen sowie Beratern der KVN

Wir freuen uns auf Sie!
Anmeldungen unter www.kvn.de oder den QR-Code scannen und direkt anmelden

*Zertifiziert mit Fortbildungspunkten







ASS 100 mg unter Methotrexat-Therapie: Wie relevant ist die Kontraindikation bei Notwendigkeit leicht erhöhter Methotrexat- Dosierungen?

Frage an ATIS

„Wir behandeln eine inzwischen 68-jährige Patientin mit rheumatoider Arthritis mit Methotrexat. Seit zwei Jahren sind die Symptome unter einer Dosis von 20 mg subkutan einmal wöchentlich sehr gut kontrolliert. Nun benötigt die Patientin aufgrund einer stabilen koronaren Herzerkrankung zusätzlich ASS 100 mg täglich. Ein jüngerer Kollege äußerte dazu Bedenken. Er habe schon in der Pharmakologie gelernt, Methotrexat solle am besten gar nicht mit ASS oder anderen nicht-steroidalen Antirheumatika kombiniert werden. Ist diese Einschätzung korrekt? Und was ist in dieser Situation die beste Lösung für unsere Patientin?“

Antwort von ATIS

Wenn man davon ausgeht, dass in Deutschland etwa 700.000 Menschen wegen einer rheumatischen Erkrankung mit Methotrexat behandelt werden und zugleich 5 bis 10 Prozent der über 65-Jährigen Acetylsalicylsäure einnehmen, handelt es sich um ein nicht seltenes Szenario. Die Frage ist jedoch, ob diese Kombination tatsächlich ein relevantes Problem darstellt.

Üblicherweise empfehlen wir Kolleginnen und Kollegen, bei solchen Fragestellungen zunächst einen Blick in die Arzneimittel-Fachinformation zu werfen. Dort findet sich für uns etwas überraschend in der Fachinformation von ASS-100-Präparaten der Hinweis, dass die Kombination mit Methotrexat-Dosierungen über 15 mg pro Woche kontraindiziert ist. Als Begründung wird eine potenzielle Zunahme der hämatologischen Toxizität von Methotrexat angegeben, verursacht durch eine verminderte renale Elimination durch kompetitive Hemmung bei der Ausscheidung organischer Säuren.

Formal ist damit die Frage schon beantwortet: Bei Beibehaltung von ASS 100 mg müsste in vorliegendem Fall die Methotrexat-Dosis auf maximal 15 mg pro Woche reduziert werden, da die Kombination ansonsten außerhalb der Zulassung erfolgt. Andernfalls ist zumindest damit zu rechnen, dass Patientinnen und Patienten bei der Arzneimittelabgabe in der Apotheke auf diesen Umstand hingewiesen und dadurch verunsichert werden. Und es wäre eine off-label-Medikation, die rechtlich problematisch werden könnte, wenn in es tatsächlich zu einer Komplikation kommen sollte.

Wie belastbar ist jedoch die Kontraindikation einer Kombination von beispielsweise 20 mg Methotrexat pro Woche mit 100 mg Acetylsalicylsäure? Theoretisch lässt sich diese Warnung folgendermaßen herleiten: Acetylsalicylsäure wird nach der Resorption rasch zu Salicylsäure metabolisiert, einer organischen Säure. Auch Methotrexat ist als Folsäureantagonist eine organische Säure. Beide Substanzen können über gemeinsame renale Transportmechanismen, insbesondere im Rahmen der tubulären Sekretion, miteinander konkurrieren und so die renale Elimination von Methotrexat beeinträchtigen.

Entscheidend ist jedoch, ob dieser Mechanismus bei den hier relevanten niedrigen Dosierungen – 20 mg Methotrexat pro Woche und 100 mg ASS täglich – klinisch tatsächlich von Bedeutung ist. Auffällig ist in diesem Zusammenhang, dass die Kombinationsbehandlung der rheumatoiden Arthritis mit Methotrexat zusammen mit anderen organischen Säuren wie Ibuprofen, selbst in Ibuprofen-Dosierungen bis zu 2.400 mg pro Tag, nicht ausgeschlossen wird, sofern nur die Nierenfunktion normal ist. Diese deutliche Diskrepanz lässt sich auch nicht mit der irreversiblen Cyclooxygenase-Hemmung durch ASS erklären, da die potenzielle Beeinflussung der renalen Methotrexat-Elimination unabhängig von diesem Wirkmechanismus ist. Insgesamt erscheint die

Kontraindikation für Methotrexat-Dosierungen gering oberhalb von 15 mg pro Woche daher nur schwer nachvollziehbar und ist möglicherweise eher durch vorsorgliche haftungsrechtliche Erwägungen geprägt.

Eine solche Übervorsicht kann jedoch auch nachteilig sein, da bei Patientinnen und Patienten mit rheumatischen Erkrankungen kardiovaskuläre Komorbiditäten – insbesondere die koronare Herzerkrankung – häufig prognosebestimmend sind und eine leitliniengerechte Thrombozyten-Aggregationshemmung von zentraler Bedeutung sein kann, und andererseits eine erfolgreiche Therapie der rheumatischen Entzündung nicht ohne zwingenden Grund verändert werden sollte.

Soweit die eher theoretischen pharmakologischen Überlegungen. Im Folgenden kurz eine Zusammenfassung zu den klinischen Studien: In der Tat fand sich eine – allerdings eher unwesentliche – Erhöhung der Blutkonzentrationen von Methotrexat bei 15 Menschen, wenn zugleich pro Tag eine Acetylsalicylsäure-Dosis von 3900 mg (statt der hier diskutierten 100 mg) verabreicht wurde. Wie schon ausgeführt, analgetisch und sogar antientzündlich wirkende Dosierungen von Acetylsalicylsäure sind zwar in der Kombinationsbehandlung rheumatischer Erkrankungen mit Methotrexat nicht generell kontraindiziert, ASS wird aber heute in dieser Indikation und Dosierung ohnehin vermieden. Die Frage ist nicht neu, und so wurde das bereits 2011 in einem Cochrane Review bearbeitet [1] mit dem Ergebnis, dass nur die antientzündlichen Dosierungen von Acetylsalicylsäure (also Dosierungen über 2000 mg pro Tag) unter Methotrexat vermieden werden sollten. Aber wie gesagt sind diese Dosierungen von Acetylsalicylsäure aktuell ohnehin generell nicht mehr zu empfehlen.

Fazit

Formal ist die Kombination von ASS 100 mg mit Methotrexat-Dosierungen über 15 mg pro Woche gemäß Fachinformation kontraindiziert. In der klinischen Praxis kann jedoch bei stabiler Nierenfunktion, engmaschigem Monitoring von Blutbild und Nierenparametern sowie nach sorgfältiger Aufklärung der Patientin im Einzelfall auch eine Fortführung einer Methotrexat-Dosis von 20 mg pro Woche – gegebenenfalls auch bis 25 mg – ärztlich vertretbar sein, wobei es sich dann um eine Anwendung außerhalb der Zulassung handelt. Es ist gut belegt, dass die Therapie der rheumatoiden Arthritis mit Methotrexat mit einer verbesserten Lebenserwartung einhergeht. Dieser Effekt sollte nicht durch einen unbegründeten Verzicht auf eine erforderliche Thrombozytenaggregationshemmung relativiert werden.

Bei deutlich höher dosierter Methotrexat-Therapie, wie sie in der onkologischen Arzneimitteltherapie eingesetzt wird, sollte hingegen während der Behandlung auf nichtsteroidale Antiphlogistika einschließlich Acetylsalicylsäure grundsätzlich verzichtet werden. Ein Verzicht auf die antithrombotische Dosierung von ASS über wenige Tage hin ist allein schon wegen der ca. 6-tägigen Wirkdauer in der Regel ohne Risiko für die Betroffenen. Generell wichtig zu bedenken ist, dass Wechselwirkungen zwischen zwei Medikamenten – hier Methotrexat einerseits und ASS oder anderen nichtsteroidalen Antiphlogistika andererseits – nahezu immer von den eingesetzten Dosierungen und den resultierenden Gewebekonzentrationen der beteiligten Wirkstoffe abhängig sind. Und hier haben wir einen Fall betrachtet, bei dem beide Partner sehr niedrig dosiert werden.

Prof. Dr. Jürgen Brockmüller
Institut für Klinische Pharmakologie, Universitätsmedizin Göttingen,

Literatur

[1] A.N. Colebatch et al. Safety of non-steroidal anti-inflammatory drugs, including aspirin and paracetamol (acetaminophen) in people receiving methotrexate for inflammatory arthritis (rheumatoid arthritis, ankylosing spondylitis, psoriatic arthritis, other spondyloarthritis). Cochrane Database Syst Rev. 2011 Nov 9;(11):CD008872.

 **Abrechnung**

Behandlung von Patienten über das 21. Lebensjahr hinaus durch Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 785. Sitzung zum 1. Oktober 2025 die Aufnahme einer Nr. 15 in die Präambel 4.1 beschlossen. Danach sind die Gebührenordnungspositionen des Kapitels 04 des EBM nur für Versicherte bis zum vollendeten 21. Lebensjahr berechnungsfähig. In medizinisch begründeten Fällen haben wir in der Vergangenheit die Behandlung und Abrechnung von Heranwachsenden und Erwachsenen über das 21. Lebensjahr hinaus akzeptiert. Während die Behandlung als kammerrechtliche Frage auch weiterhin möglich wäre, endet die Abrechnungsbeziehung nach den jüngsten Vorgaben des EBM nunmehr mit Vollendung des 21. Lebensjahres. Über diese strikte Begrenzung im EBM können wir uns nicht hinwegsetzen ohne Gefahr zu laufen, dass die Krankenkassen entsprechende Regressanträge stellen.

Das bedeutet, dass die entsprechenden Patienten an weiterbehandelnde (Haus-)Ärzte abgegeben oder kassenseitige Kostenübernahmeerklärungen patientenseitig beantragt werden müssten.

Digitale Gesundheitsanwendung „Kranus Mictera“: ab April neue Leistung im EBM

KBV und GKV-Spitzenverband haben im Bewertungsausschuss (BA) die notwendigen Entscheidungen für zwei weitere digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) getroffen. Konkret handelt es sich um die DiGA „Kranus Mictera“ und „Mindable: Soziale Phobie“.

Neue GOP für „Kranus Mictera“

Für Verlaufskontrolle und Auswertung wird zum 1. April 2026 die Gebührenordnungsposition (GOP) 01482 in den EBM aufgenommen (64 Punkte / 8,15 Euro). Sie ist einmal im Krankheitsfall berechnungsfähig.

„Kranus Mictera“ wird zur Behandlung von Harninkontinenz bei Frauen (Belastungs-, Drang- und Mischinkontinenz) eingesetzt. Ein zwölfwöchiges personalisiertes Training aus Beckenbodenübungen, Blasen- und Wissensvermittlung sowie Verhaltensänderungen sollen laut Hersteller die Lebensqualität verbessern. „Kranus Mictera“ wurde im Oktober 2025 dauerhaft in das DiGA-Verzeichnis aufgenommen.

Außerdem: Keine gesonderte Leistung für „Mindable: Soziale Phobie“

Darüber hinaus haben KBV und GKV-Spitzenverband eine Entscheidung zur DiGA „Mindable: Soziale Phobie“ getroffen. Sie wurde im Dezember 2025 nach erfolgreicher Erprobung dauerhaft in das DiGA-Verzeichnis aufgenommen und richtet sich an Patienten mit Symptomen einer sozialen Phobie. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte hat für diese DiGA keine erforderlichen ärztlichen Tätigkeiten bestimmt, sodass in den Gremien des BA keine gesonderte Leistung in den EBM aufgenommen wurde.

Die Versorgung erfolgt somit als Bestandteil des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung. Die ärztlichen Tätigkeiten in diesem Zusammenhang sind Bestandteil der berechnungsfähigen GOP des EBM. Es besteht kein Anspruch auf Kostenerstattung (gemäß §87 Abs. 5c Satz 4 SGB V).

Hinweis zur Veröffentlichung

Das Institut des Bewertungsausschusses veröffentlicht den Beschluss auf seiner [Internetseite](#) und im Deutschen Ärzteblatt.

 **Verordnung**

Padcev® (Enfortumab Vedotin) als bundesweite Praxisbesonderheit anerkannt

Padcev® (Wirkstoff: Enfortumab Vedotin) wird nach einer Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem pharmazeutischen Unternehmer Astellas Pharma GmbH in den Indikationen:

- Erwachsene mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem Urothelkarzinom, die zuvor eine platinhaltige Chemotherapie und einen PD-1- oder PD-L1- Inhibitor erhalten haben und die für eine Chemotherapie geeignet sind.
- Erwachsene mit nicht resezierbarem oder metastasiertem Urothelkarzinom, die für eine Cisplatin-basierte Therapie geeignet sind; Erstlinienbehandlung

ab dem ersten Behandlungsfall als Praxisbesonderheit ab dem 1. September 2025 anerkannt. Nur solange Astellas Padcev® in Deutschland vertreibt.

Weitere Anwendungsgebiete oder Patientengruppen von Padcev® sind hiervon nicht umfasst. Die Vorgaben der Fachinformation sind zu berücksichtigen.

Die Einleitung und Überwachung der Behandlung mit Enfortumab Vedotin soll nur durch in der Therapie von Erwachsenen mit Urothelkarzinom erfahrene Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie sowie für Urologie und weitere, an der Onkologie-Vereinbarung teilnehmende Ärztinnen und Ärzte anderer Fachgruppen erfolgen.

Seitens des pharmazeutischen Unternehmers ist Schulungsmaterial zur Verfügung zu stellen. Der Patient ist aufgefordert, die Patientenkarte immer bei sich zu tragen.

Die Anerkennung als Praxisbesonderheit gilt nicht bei der Anwendung von Padcev® außerhalb der gesetzlich bestimmten Bedingungen (im Rahmen eines nicht bestimmungsgemäßen Gebrauchs, „off label use“).

Weitere Informationen zur Praxisbesonderheit finden Sie auf der Seite des GKV-Spitzenverbandes unter dem folgenden [Link](#)

Wirtschaftlichkeitsziel preisgünstiges biosimilares Denosumab

In der Arzneimittelvereinbarung 2026 wurde für die DW-Vergleichsgruppe 44 - Orthopäden das Wirtschaftlichkeitsziel preisgünstiges biosimilares Denosumab vereinbart. Nach Markteintritt der Denosumab-Biosimilars im Dezember 2025 / Januar 2026 und Preisanpassungen werden folgende Denosumab-Biosimilars als preisgünstig angesehen und daher im Rahmen der Zielvorgabe des Wirtschaftlichkeitsziels berücksichtigt:

Biosimilares Denosumab 60 mg:

Acvybra®, Bildyos®, Conexence®, Izamby®, Jubbonti®, Junod®, Kefdensis®, Obodence®, Osvyrti®, Ponlimsi®, Stoboclo®, Zadenvi®

Biosimilares Denosumab 120 mg:

Bilprevda®, Bomynta®, Degevma®, Denbrayce®, Enwylma®, Jubereq®, Osenvelt®, Wyost®

Die aktualisierte Quoteninformation und Tischvorlage finden Sie zu Ihrer Information im KVN-Portal unter [Verordnungen/Arzneimittelvereinbarung/Informationen je Fach-/Vergleichsgruppe](#).

Aktualisierung Anlage VIIa (Biologika und Biosimilars)

Mit Wirkung vom 3. Februar 2026 wurde die Anlage VIIa „Biologika und Biosimilars“ der Arzneimittel-Richtlinie angepasst. Für den Wirkstoff Golimumab wurde erstmalig ein Biosimilar aufgenommen. Die Liste der Biosimilars zu den Wirkstoffen Denosumab, Ranibizumab und Ustekinumab sowie die Angaben zu Epoetin in Spalte 2 wurden aktualisiert. Die Änderungen sind fett dargestellt.

<u>Wirkstoff</u>	<u>Original-/Referenz-arzneimittel</u>	<u>im Wesentlichen gleiche biotechnologisch hergestellte biologische Arzneimittel, Zulassung nach Artikel 10 Absatz 4 der Richtlinie 2001/83/EG (Biosimilars)</u>
Denosumab	Prolia	Acvybra , Conexence, Denosumab Intas , Izamby, Jubbonti, Junod, Kefdensis , Obodence, Osvyrti, Ponlimsi , Rolcya, Stoboclo, Zadenv
Denosumab	Xgeva	Bomynta, Degevma , Denbrayce, Enwylma, Jubereq, Osenvelt, Vevzuo, Wyost, Xbonzy , Xbryk, Yaxwer, Zvogra
Epoetin	Erypo (Epoetin alfa)	Abseamed (Epoetin alfa), Binocrit (Epoetin alfa), Epoetin Alfa Hexal (Epoetin alfa), Retacrit (Epoetin zeta), Silapo (Epoetin zeta)
Epoetin	NeoRecormon (Epoetin beta)	
Epoetin	Eporatio (Epoetin theta)	
Golimumab	Simponi	Gobviaz
Ranibizumab	Lucentis	Byooviz, Epruvy , Ranivisio, Rimmyrah, Ximluci
Ustekinumab	Stelara (intravenöse Applikation)	Absimky, Fymaskina, Imuldosa, Otulfi, Pyzchiva, Qoyvolma, Steqeyma, Usgena , Usymro, Wezenla, Yesintek (intravenöse Applikation)
Ustekinumab	Stelara (subkutane Applikation)	Absimky, Fymaskina, Imuldosa, Otulfi, Pyzchiva, Qoyvolma, Steqeyma, Usgena , Usymro, Uzpruvo, Wezenla, Yesintek (subkutane Applikation)

Den vollständigen G-BA-Beschluss finden Sie [hier](#)

Die komplette Anlage VIIa der Arzneimittel-Richtlinie finden Sie [hier](#)

 **Allgemeine Hinweise**

Sprechstundenbedarf - Import von Mydriaticum Stulln Augentropfen (Wirkstoff Tropicamid) bis 30. April 2026 gestattet

Aufgrund des aktuell bestehenden Lieferengpasses bzw. der festgestellten Nicht-Lieferfähigkeit des Arzneimittels Mydriaticum Stulln AT wurde mit den Landesverbänden der Krankenkassen vereinbart, dass nach Rückfrage der Apotheken bei den Großhändlern, ein Import befristet bis zum 30. April 2026 zulässig ist.

Hausarztzentrierte Versorgung KNAPPSCHAFT: Neue Teilnahmeformulare

Zur Patienteneinschreibung stehen im KVN-Portal angepasste Teilnahmeformulare bereit. Senden Sie unterzeichnete Erklärungen innerhalb einer Woche an: KNAPPSCHAFT Kranken- und Pflegeversicherung in 45095 Essen

Jederzeit im KVN-Portal: Rubrik „Verträge“ > Suchbegriff „Hausarzt“ > Hausarztvertrag Knappschaft

Sprechstundenbedarf - Importmöglichkeit von Miochol E (Wirkstoff Acetylcholinchlorid) bis 20. Februar 2026 verlängert

Aufgrund des weiterhin bestehenden Lieferengpasses bzw. der festgestellten Nicht-Lieferfähigkeit des Arzneimittels Miochol E (Wirkstoff Acetylcholinchlorid) wurde mit den Landesverbänden der Krankenkassen vereinbart, dass nach Rückfrage der Apotheken bei den Großhändlern, der befristete Import bis zum 20.02.2026 verlängert wird.

Sprechstundenbedarf - Importmöglichkeit von Neosynephrin AT (Wirkstoff Phenylephrinhydrochlorid)

Aufgrund des bestehenden Lieferengpasses bzw. der festgestellten Nicht-Lieferfähigkeit des Arzneimittels **Neosynephrin 10 %** (Wirkstoff Phenylephrinhydrochlorid) wurde mit den Landesverbänden der Krankenkassen vereinbart, dass nach Rückfrage der Apotheken bei den Großhändlern, der befristete Import im Sprechstundenbedarf bis zum **31. Januar 2026** gestattet wird.

Aufgrund des bestehenden Lieferengpasses bzw. der festgestellten Nicht-Lieferfähigkeit des Arzneimittels **Neosynephrin 5 %** (Wirkstoff Phenylephrinhydrochlorid) wurde mit den Landesverbänden der Krankenkassen vereinbart, dass nach Rückfrage der Apotheken bei den Großhändlern, der befristete Import im Sprechstundenbedarf bis zum **28. Februar 2026** gestattet wird.

Kooperationsanfragen an Mitglieder

Die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (KVN) erhält häufig Kooperationsanfragen von Institutionen im deutschen Gesundheitswesen und Universitäten. In der Regel geht es dabei um Online-Befragungen oder Informationen über bestimmte Diagnosen und Behandlungsmethoden.

[Diese Kooperationsanfragen finden Sie auf unserer Internetseite.](#)



Veranstaltungen

Unser komplettes Seminarangebot und welche Angebote für Ihre Praxis und die MitarbeiterInnen am besten geeignet sind, finden Sie auf unserer Internetseite. Dort können Sie sich [direkt online anmelden](#). Wenn ein Seminar interessant ist, gelangt man mit nur einem Klick auf den Titel zum Seminar und erhält dort alle weiteren Informationen.

Mittwoch, 4. März 2026

- [Moderne Wundversorgung](#) (WebSeminar)
- [Sprechstundenbedarf](#) (WebSeminar)
- [Honorarbescheid - lesen und verstehen für Fachärzte und Fachärztinnen](#) (WebSeminar)
- [Schutz vor Cyberangriffen: Was Praxismitarbeiter wissen müssen](#) (WebSeminar)
- [Honorarbescheid - lesen und verstehen für Hausärzte und Kinderärzte](#) (WebSeminar)
- [Honorarbescheid - lesen und verstehen für Psychotherapeuten](#) (WebSeminar)
- [Update Digitalisierung: Die elektronische Patientenakte](#) (WebSeminar)
- [Niederlassungsseminar Modul I „Meine eigene Praxis - Impulse für Ihren Start“](#) (Hannover)

Montag, 9. März 2026

- [Gruppentherapie leicht gemacht - Erneut/Erstmalig in der Praxis anbieten](#) (WebSeminar)
- [Erwerb der Sachkenntnis gemäß der Medizinproduktebetrieiberverordnung sowie der KRINKO-Empfehlung „Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten“](#) (Oldenburg)

Mittwoch, 11. März 2026

- [ICD10 - Richtig kodieren](#) (Hannover)
- [Impfen](#) (WebSeminar)
- [PraxismanagerIn Refresherkurs](#) (3-tägig) (WebSeminar)
- [Meine Zukunft planen - Impulse für Ihre Praxisabgabe](#) (WebSeminar)

Donnerstag, 12. März 2026

- [Arbeitsschutz in der Arztpraxis](#) (WebSeminar)

Samstag, 14. März 2026

- [Qualitätsmanagement für Psychotherapeuten](#) (WebSeminar)

Mittwoch, 18. März 2026

- [Arzneimitteltherapiesicherheit - AMTS](#) (WebSeminar)
- [Niederlassungsseminar Modul II „Meine eigene Praxis - So gelingt Ihr Start“](#) (WebSeminar)
- [Umgang mit schwierigen Patienten - Kommunikationstraining](#) (WebSeminar)
- [Abrechnung aktuell](#) (Oldenburg)
- [Professionelle Praxisorganisation](#) (WebSeminar)
- [Aktualisierung der Kenntnisse zur Aufbereitung von Medizinprodukten](#) (Hannover)
- [Update Digitalisierung: Künstliche Intelligenz \(KI\) für die Arztpraxis](#) (WebSeminar)



Amtliches

Ausschreibungen für Nachfolgezulassungen in gesperrten Planungsbereichen

Die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (KVN) schreibt hiermit folgende Vertragsarzt-/Vertragsärztinnen-/Vertragspsychotherapeuten-/Vertragspsychotherapeutinnensitze aus:

Die Ausschreibungen für Nachfolgezulassungen im Monat Februar 2026 finden Sie [hier](#).

Oder Sie besuchen unsere [Internetseite](#)

Ausschreibungen wegen Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen (partielle Entsperrungen)

Die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (KVN) schreibt hiermit folgende Vertragsarzt-/Vertragsärztinnen-/Vertragspsychotherapeuten-/Vertragspsychotherapeutinnensitze aus:

Die Ausschreibungen wegen Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen (partielle Entsperrungen) im Monat Februar 2026 finden Sie [hier](#).

Oder Sie besuchen unsere [Internetseite](#)

Förderung für die Besetzung von Vertragsarztsitzen nach der Strukturfonds-Richtlinie der KVN

Für die Besetzung eines Vertragsarztsitzes in einer der nachfolgend genannten Gemeinden wird ein Investitionskostenzuschuss von bis zu 60.000 Euro gewährt:

Die Förderungen finden Sie [hier](#)

Oder Sie besuchen unsere [Internetseite](#)

Förderung für die Besetzung von Vertragsarztsitzen nach der Strukturfonds-Richtlinie der KVN

Für die Besetzung eines Rheumatologensitzes in der/den nachfolgend genannten Gemeinde(n) wird ein Investitionskostenzuschuss von bis zu 50.000 Euro gewährt:

Die Förderungen für den Monat Februar finden Sie [hier](#)

Oder Sie besuchen unsere [Internetseite](#)

Bedarfsplanung in der vertragsärztlichen Versorgung, Fortschreibung Nr. 2/2025

Der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in Niedersachsen hat im schriftlichen Umlaufverfahren (Ende am 31. Dezember 2025) gem. §§100, 103 Abs. 1 SGB V Beschlüsse zur Feststellung von Über- und Unterversorgung sowie zur Anordnung und Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen gefasst.

Grundlage für die jeweiligen Beschlüsse ist der Arztbestand vom 30. November 2025 auf Basis der Bedarfsplanungs-Richtlinie.

Die Beschlüsse und die tabellarischen Übersichten über die einzelnen Versorgungsebenen und Planungsbereiche finden Sie im Internet auf der Homepage der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen unter:

<https://www.kvn.de/Mitglieder/Zulassung/Bedarfsplanung.html>

Die Beschlüsse werden auf Anforderung im Einzelfall in Papierform zur Verfügung gestellt.

Hannover, den 06.01.2026

gez. Prof. H.-D. Gottlieb

Vorsitzender des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen in Niedersachsen

Bekanntmachung Arzneimittelvereinbarung 2026

Gem. §14 Abs. 2 ihrer Satzung gibt die Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN) bekannt, dass folgende Vereinbarung(en) im Internet unter <https://www.kvn.de/Amtliche+Bekanntmachungen.html> veröffentlicht sind:

[Arzneimittelvereinbarung gem. §84 Abs. 1 SGB V für das Jahr 2026](#)

Auf Anforderung wird der Text der Vereinbarung in Papierform zur Verfügung gestellt.

Hannover, den 03.02.2026
gez. Quednau

Sitzung der KVN-Vertreterversammlung

Die nächste Sitzung der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN) findet am Sonnabend, den 07.03.2026, um 10.00 Uhr, im Raum 419 (4. OG), Berliner Allee 22, 30175 Hannover, statt.

Eine Teilnahme von Gästen ist im Rahmen der räumlichen Gegebenheiten nur begrenzt möglich. Um zu vermeiden, dass Gäste unnötig anreisen, ist eine Anmeldung über das KVN-Vorstandsbüro (Daniela Rodacker, Tel. 0511 380-3244) notwendig. Dort wird eine maßgebliche Liste geführt, aufgrund derer der Einlass am Tag der Sitzung der Vertreterversammlung erfolgt. Darüber hinaus erscheinende Interessierte können keinen Eintritt erhalten.

Impressum

KVNachrichten

Das Rundschreiben der
Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen
2. Jahrgang, Nr. 02/2026

Herausgeber:

Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen
Berliner Allee 22, 30175 Hannover

Redaktionsausschuss:

Mark Barjenbruch, Thorsten Schmidt, Nicole Lühr,
Dr. Eckart Lummert, Dr. Ludwig Grau

Redaktion:

Detlef Haffke (v.i.S.d.P.), Lars Menz,
Michael Aßhauer, Sandra Meyer

Anschrift der Redaktion:

Berliner Allee 22, 30175 Hannover
pressestelle@kvn.de
www.kvn.de

Bildnachweis

S. 1 oben: KBV; S. 1 unten links: GMK; S. 1 unten rechts: KBV; S. 4:
Niedersächsisches Gesundheitsministerium; S. 7: KBV; S. 8: GMK; S. 9:
Nancy Heusel / ÄKN; S. 11: KVN; S. 12: KBV.

Monatliches Mitteilungsorgan der KVN
mit Berichten aus der Selbstverwaltung
und aktuellen Hinweisen zur Praxisführung

KVN Nachrichten

Das Rundschreiben der Kassenärztlichen
Vereinigung Niedersachsen

01/2026



7



6



Niedersachsen übernimmt Vorsitz der Gesundheitsministerkonferenz. sicher.versorgt – **Seite 6**

Stärkung der Cybersicherheit in Praxen. Bereits seit 6. Dezember 2025 in Kraft. – **Seite 7**

kvn.magazin goes digital. Start im Februar 2026. – **Seite 8**

Inhalt – KVNachrichten 01/2026



Editorial



Nachrichten

Neu ab 2026: Patientenservice https://arztsuche.116117.de löst Arztauskunft Niedersachsen ab	5
Niedersachsen übernimmt Vorsitz der 99. Gesundheitsministerkonferenz (GMK) zum 1. Januar 2026	6
Stärkung der Cybersicherheit in Praxen	7
Wie gelingt eine Digitalisierung?	7
kvn.magazin goes digital	8



Abrechnung

Bewertungsausschuss erhöht Zuschlag für Meldungen an Implantateregister bei Hüft- und Kniegelenkseingriffen	9
---	---



Verordnung

Verlängerung der Übergangsregelung für sonstige Produkte zur Wundbehandlung bis zum 31. Dezember 2026	10
---	----



Allgemeine Hinweise

Gesetzliche Unfallversicherung: Vergütung für Ärztinnen und Ärzte wird ab 1. Januar 2026 angepasst	11
Anpassungen an der Häusliche-Krankenpflege-Richtlinie (HKP-RL)	11
Vereinbarung über die Durchführung von HPV-Impfungen als Satzungsleistung mit der AOK Niedersachsen (AOKN)	12
GKV-Impfvereinbarung - Neue Impfhonorare und Vergütungen für serologische Testungen ab 1. Januar 2026	13
Ersatzverfahren ab Januar auch bei Kindern und Jugendlichen ohne elektronische Gesundheitskarte (egK) möglich	13
Neue Kostenpauschale für subkutane medikamentöse Tumorthherapie	14
Kooperationsanfragen an Mitglieder	14



Veranstaltungen



Amtliches

Ausschreibungen für Nachfolgezulassungen in gesperrten Planungsbereichen	16
Förderung für die Besetzung von Vertragsarztsitzen nach der Strukturfonds-Richtlinie der KVN	16
Amtsübergang in der Vertreterversammlung der KVN	16

 **Editorial**

Liebe Leserinnen und Leser,

zunächst Ihnen allen ein frohes und vor allem gesundes neues Jahr.

Niedersachsen hat am 1. Januar für ein Jahr den Vorsitz der Gesundheitsministerkonferenz übernommen. Mit dem Motto „sicher.versorgt.überall.“ rückt der Niedersächsische Gesundheitsminister Andreas Philippi dabei die Patientinnen und Patienten in den Fokus. Als KVN unterstützen wir dies, denn auch für uns steht deren medizinische Versorgung im Vordergrund – ebenso wie für Sie in den niedersächsischen Praxen. Um die Versorgung weiterhin stabil aufrecht und finanzierbar zu halten, sind – und das ist keine Neuigkeit – in



diesem Jahr dringend Reformen von Nöten. An einzelnen Stellschrauben zu drehen, wird nicht mehr ausreichen. Auf beinahe keiner anderen Politikerin lastet daher ein so hoher Erwartungs- und Erfolgsdruck wie auf Bundesgesundheitsministerin Nina Warken. Und die Frage ist: Hat sie die Kraft für echte strukturelle Veränderungen?

„Ich möchte keinen Beliebtheitspreis gewinnen“ sagt sie im Interview mit dem Spiegel (Ausgabe 1/2026), soll heißen, sie will auch gegen Widerstände Reformen durchsetzen. Das ist grundsätzlich zu begrüßen, gleichzeitig sollte sie ihre Ideen und Planungen mit den Akteuren des deutschen Gesundheitssystems vorab in einem konstruktiven Dialog diskutieren. Die Fachwelt bemängelt ja bereits eine verwässerte Krankenhausreform, eine verschleppte Nofallreform, eine überfällige Pflegereform und mühselige Sparbemühungen in Sachen GKV-Finanzierung. Dabei hat sich was wir benötigen ja bereits in der Vergangenheit herauskristallisiert – wobei wir für den ambulanten Sektor sprechen: Wir brauchen eine sinnvolle Patientenversorgung, nützliche und funktionierende Digitalisierung, eine Entbudgetierung der Leistungen der Fachärztinnen und Fachärzte, echte Entbürokratisierung und mehr medizinische Studienplätze. Letzteres ist auf Länderebene zu regeln, darüber hinaus müssen die großen Leitlinien vom Bund kommen. Wir in Niedersachsen und die KBV auf Bundesebene stehen für Gespräche bereit – dann aber müssen Taten folgen. Wir plädieren für beherrzte Neuregelungen, die wir anschließend gemeinsam der Bevölkerung gut erklären sollten.

Nachhaltige Reformen mit Sinn und Verstand stärken die Demokratie und unser Gesundheitssystem – auch über das neue Jahr hinaus.

Mark Barjenbruch, Vorstandsvorsitzender der KVN

Nicole Löhr, Vorständin der KVN

Thorsten Schmidt, Stellv. Vorstandsvorsitzender der KVN

 **Nachrichten**

Neu ab 2026: Patientenservice <https://arztsuche.116117.de> löst Arztauskunft Niedersachsen ab

Website www.116117.de mit weiteren nützlichen Informationen rund um die Gesundheit

Seit dem 1. Januar 2026 ist die bisherige Arztauskunft Niedersachsen im Internet auf den Patientenservice 116117 (<https://arztsuche.116117.de/>) der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) umgezogen. Dies ermöglicht eine bundesweit einheitliche und umfangreichere Bereitstellung von Informationen zu Arzt- und Psychotherapeutenpraxen als bisher. Gleichzeitig werden administrative Aufwände und eine redundante Datenpflege bei der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN) reduziert.

Unter <https://arztsuche.116117.de/> finden niedersächsische Nutzer mit nur wenigen Klicks im Handumdrehen Praxen in der Umgebung ihres Wohnortes. Recherchen nach Arztgruppen, dem genauen Standort einer Praxis oder Ärztinnen und Ärzte im Umkreis des Wohnortes sind möglich. User erfahren, in welchen Sprachen Patientinnen und Patienten mit dem jeweiligen Arzt oder Psychotherapeuten kommunizieren können. Auch der Grad der Barrierefreiheit der Praxen wird angezeigt. Die Daten werden von der KVN tagesaktuell der Arztsuche 116117 gemeldet und dort angezeigt.

Darüber hinaus bietet die Website www.116117.de weitere nützliche Informationen. Auf der Seite können die Öffnungszeiten und Standorte der ärztlichen Bereitschaftsdienstpraxen außerhalb der Praxisöffnungszeiten gesucht und gefunden werden. Über das Patienten-Navi können Patientinnen und Patienten ihre Beschwerden selbst einschätzen, um dann gegebenenfalls die passende Behandlung zu finden.

Gesetzlich versicherte Patientinnen und Patienten können einen Termin bei einem Arzt oder Psychotherapeuten buchen. Auch das bietet die Website www.116117.de

Übrigens: Es gibt auch die 116117 App zum Patientenservice. Sie kann im Google Play Store oder im Apple App Store heruntergeladen werden.



Niedersachsen übernimmt Vorsitz der 99. Gesundheitsministerkonferenz (GMK) zum 1. Januar 2026

Motto „sicher.versorgt.überall.“

Am 1. Januar 2026 übernimmt Niedersachsen für die Dauer eines Jahres den Vorsitz der 99. Konferenz der für Gesundheit zuständigen Ministerinnen und Minister bzw. Senatorinnen und Senatoren (GMK). Unter dem Motto „sicher.versorgt.überall.“ wird der Fokus vor allem auf der Sicherstellung einer wirtschaftlichen und bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung liegen. Denn die Herausforderungen sind groß: Eine wachsende Zahl älterer Menschen mit



Der niedersächsische Gesundheitsminister Andreas Philippi und sein Team.

chronischen und multiplen Erkrankungen trifft auf zunehmende Engpässe in der personellen und finanziellen Ausstattung der Versorgungssysteme. Zudem haben der anhaltende Fachkräftemangel sowie die begrenzte Ressourcenausstattung im stationären und ambulanten Bereich dazu geführt, dass eine umfassende Krankenhausreform, der Ausbau der Ambulantisierung und neue, integrative sektorenübergreifende Versorgungsmodelle vorangebracht werden. Doch auch die weltweit dynamische politische Gefahrenlage und künftige Krisensituationen erfordern spezifische Maßnahmen zur Absicherung der Gesundheitsversorgung in allen Teilbereichen des Gesundheitswesens.

„Mit der 99. GMK wollen wir wichtige Impulse setzen für eine moderne und zukunftsfähige Gesundheitsversorgung“, betont Niedersachsens Gesundheitsminister Dr. Andreas Philippi. „Dazu gehören regional angepasste, vernetzte, effiziente und krisensicher gestaltete Strukturen, die die Versorgungssicherheit für die Patientinnen und Patienten in den Mittelpunkt stellen. Dabei nehmen wir alle Akteurinnen und Akteure des Gesundheitswesens gleichermaßen in den Blick: Vom ambulanten und stationären Bereich über eine flächendeckende Apothekenversorgung bis hin zu einem effektiven Öffentlichen Gesundheitsdienst. Niedersachsen hat hier klare Ideen und Vorstellungen, die es in die anstehenden Beratungen mit den Ländern einbringen wird.“

Folgende Schwerpunkte sollen nach den Plänen Niedersachsens bearbeitet und in eine mögliche gemeinsame Länderbeschlussfassung aufgenommen werden:

- Sichere Gesundheitsversorgung im Falle der zivilen Verteidigung und des Krisenmanagements
- Sichere haus- und fachärztliche Versorgung
- Sicherer Zugang zu Apotheken und Arzneimitteln
- Sicherer Infektionsschutz und krisenfester Öffentlicher Gesundheitsdienst

Die GMK ist das Gremium, in der sich die Gesundheitsministerinnen und Gesundheitsminister bzw. die Gesundheitssenatorinnen und Gesundheitssenatoren der Länder fortlaufend austauschen und abstimmen.

Stärkung der Cybersicherheit in Praxen

Bereits seit 6. Dezember 2025 in Kraft

Für schätzungsweise 1.000 Praxen und Medizinische Versorgungszentren (MVZ) gelten seit 6. Dezember 2025 strengere Vorgaben für die Stärkung der Cybersicherheit – also für den Schutz vor Angriffen auf das eigene Netzwerk und die Informationssicherheit. Grund ist das in Kraft getretene Gesetz zur Umsetzung der europäischen NIS-2-Richtlinie (siehe unten). Betroffen sind größere und umsatzstarke Praxen und MVZ, die mindestens 50 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beschäftigen und einen Jahresumsatz von über 10 Millionen Euro ausweisen. Was in diesem Fall zu beachten ist, fasst eine neue PraxisInfo der Kassenzentralen Bundesvereinigung zusammen.



Die PraxisInfo „Neue Vorgaben für Cybersicherheit: Hinweise für betroffene Praxen und MVZ“ kann in der KBV-Infothek als barrierefreies PDF abgerufen werden: <https://www.kbv.de/info-thek/publikationen/praxisinformationen>

Wie gelingt eine Digitalisierung?

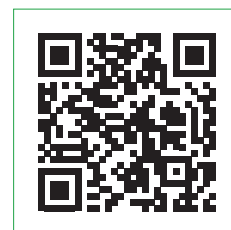
Studie im Auftrag des GBA-Innovationsfonds

Der konkrete Nutzen digitaler Lösungen im Versorgungsalltag ist nicht immer klar. Das Projekt NADI untersucht, was digitale Anwendungen wertvoll macht. Bisher wurden 4.000 Personen aus der Allgemeinbevölkerung durch die Hochschule Neubrandenburg befragt. Der nächste Schritt ist die Analyse der Perspektive der Leistungserbringenden.

Die Vorstudie zeigt, dass digitale Gesundheitsinterventionen einen Mehrwert auf mehreren Ebenen liefern. 1) Subjekt: individuelle Wirkung; 2) Interaktion: Nutzerfreundlichkeit 3) System: systematische Rahmenbedingungen; 4) Gesellschaft: langfristige Rahmenbedingungen. Die Präferenzstudie zeigt, welche Nutzenkriterien auf den vier Ebenen präferiert werden, sich in einen tatsächlichen Nutzen übersetzen lassen und damit die Akzeptanz beeinflussen.

Mit einer Teilnahme von 15 Minuten stärken Sie die Perspektive der Leistungserbringer und beeinflussen die Weiterentwicklung digitaler Gesundheitsinterventionen.

Konsortium: Medizinische Hochschule Hannover, Technische Universität Berlin, Hochschule Neubrandenburg. Direkt zur Befragung:



kvn.magazin goes digital Start im Februar 2026

Das kvn.magazin erscheint ab Februar 2026 nur noch digital, die gedruckte Ausgabe wird eingestellt. Die KVN setzt damit auf das modernere Produkt, auf eine digital leichter steuerbare Aktualität und spart Papier sowie Kosten für Druck und Versand. Am Konzept, ein Schwerpunktthema von verschiedenen Seiten auszuleuchten, ändert sich nichts. Auch 2026 werden wir uns vier aktuellen Themen aus der Welt des Gesundheitswesens annehmen und für Sie aufbereiten.

Das kvn.magazin löste Anfang 2025 nach vielen Jahrzehnten das Niedersächsische Ärzteblatt für die KVN ab. Es erscheint einmal im Quartal und bisher als gedrucktes Heft und als digitale Ausgabe. Dieses Nebeneinander war bewusst gewählt worden, um den Übergang vom Ärzteblatt auf das neue Medium für alle Leserinnen und Leser nachvollziehbar zu gestalten. Diese Übergangsphase ist nun zu Ende und wir freuen uns, wenn Sie uns ab sofort digital die Treue halten. Sie finden die aktuelle Ausgabe – sowie alle vorhergegangenen – immer Mitte des Quartals unter: www.kvn-magazin.de



www.kvn-magazin.de

 **Abrechnung**

Bewertungsausschuss erhöht Zuschlag für Meldungen an Implantateregister bei Hüft- und Kniegelenkseingriffen

Der Bewertungsausschuss (BA) erhöht zum 1. Januar die Vergütung für Meldungen an das Implantateregister bei Eingriffen an Hüft- und Kniegelenken nach der Gebührenordnungsposition (GOP) 01966. Die Bewertung der GOP 01965 für Meldungen bei Brustimplantaten bleibt dagegen zunächst unverändert, da das Implantateregister Deutschland seine Meldeanwendung noch bis zum 31. Dezember 2026 kostenlos bereitstellt. Näheres stellen wir Ihnen nachfolgend vor.

GOP 01966: Bewertung steigt zum 1. Januar 2026

Die GOP 01966 ist ein Zuschlag zu implantatbezogenen Eingriffen an Hüft- und Kniegelenken (Abschnitt 31.2.4 oder 36.2.4 des EBM). Vergütet wird mit ihr die Erfassung, Speicherung und Übermittlung von Daten bei Endoprothesen an Hüft- und Kniegelenken an die Register- und Vertrauensstelle sowie die Patienteninformation. Die Bewertung steigt zum 1. Januar 2026 von 78 Punkte (9,94 Euro) auf 127 Punkte (16,18 Euro).

Die Anpassung berücksichtigt den finanziellen Aufwand für die Praxissoftware und den personellen Aufwand im Zusammenhang mit der softwaregestützten Datenübermittlung. Ab der 7. Leistung im Quartal beträgt die Bewertung der GOP 01966 nur noch 47 Punkte, da nach Kenntnis des BA ab dieser Grenze keine zusätzlichen Softwarekosten entstehen. Bis einschließlich der 6. Leistung im Quartal sind damit insgesamt rund 60 Euro je Quartal für die Softwarekosten vergütet.

Zum Hintergrund: Die GOP 01966 wurde zum 1. Januar 2025 in den EBM aufgenommen. Zum Zeitpunkt der Beschlussfassung lagen dem BA noch keine ausreichenden Informationen über zu berücksichtigende Kosten für die technische Umsetzung des Meldeverfahrens (z. B. Erweiterung der Software der Praxisverwaltungssysteme beziehungsweise andere Lösungen für das Meldeverfahren) vor. Deshalb hatte sich der BA bei der Bewertung der GOP 01966 zunächst an der zum 1. Juli 2024 eingeführten GOP 01965 orientiert (78 Punkte). Bewertungsgrundlage damals war die Nutzung des kostenlos bereitgestellten Webformulars für die Meldung von Brustimplantaten.

Hinweis zur Veröffentlichung

Das Institut des Bewertungsausschusses veröffentlicht den Beschluss auf seiner [Internetseite](#) und im Deutschen Ärzteblatt.



Verlängerung der Übergangsregelung für sonstige Produkte zur Wundbehandlung bis zum 31. Dezember 2026

Die Frist, in der sonstige Produkte zur Wundbehandlung im Rahmen einer gesetzlichen Regelung auch ohne Nutznachweis weiterhin als verordnungsfähig gelten, ist bis zum 31. Dezember 2026 verlängert worden. Sonstige Produkte zur Wundbehandlung, die vor Inkrafttreten der Regelungen des G-BA zu Verbandmitteln am 2. Dezember 2020 von den Krankenkassen erstattet wurden, können somit weiterhin verordnet werden. Die neue Frist gilt rückwirkend ab dem 2. Dezember 2025 und bis zum 31. Dezember 2026.

Verordnungsfähige Produkte können Sie **in der PVS** anhand ihrer **Kennzeichnung** identifizieren:

- **„verordnungsfähiges Verbandmittel nach §31 Abs. 1a SGB V“**
Dieses Kennzeichen erhalten neben den „eindeutigen“ Verbandmitteln im Zeitraum bis zum 31. Dezember 2026 vorübergehend auch die nach der Übergangsregelung verordnungsfähigen sonstigen Produkte zur Wundbehandlung.
- **„verordnungsfähiges Medizinprodukt nach AM-RL Anlage V“**
Sonstige Produkte zur Wundbehandlung sind unabhängig von Übergangsfrist oder Zeitpunkt des Inverkehrbringens dann verordnungsfähig, wenn sie in der Anlage V der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) namentlich gelistet sind.

Hinweis: Anders als Arzneimittel werden Verbandmittel und Medizinprodukte in der Apotheke nicht ausgetauscht. Die Auswahl eines konkreten Produkts liegt allein beim verordnenden Arzt. Eine wirtschaftliche Versorgung setzt u.a. voraus, dass Wundart, Wundgröße und der aktuellen Wundstatus berücksichtigt werden, sowie auf eine wirtschaftliche Produktauswahl geachtet wird.

Weitere Informationen finden Sie auf der [KVN-Homepage](#)



Allgemeine Hinweise

Gesetzliche Unfallversicherung: Vergütung für Ärztinnen und Ärzte wird ab 1. Januar 2026 angepasst

Anpassungen der UV-GOÄ

Redaktionelle und inhaltliche Anpassungen:

Neben redaktionellen Anpassungen bei den Nummern 17 und 143 UV-GOÄ und Streichung der Nummer 144 UV-GOÄ (Bescheinigung Vordruck Transportunfähigkeit) sind die Nummern 3305 und 3306 UV-GOÄ (Chirotherapeutische Leistungen) inhaltlich überarbeitet worden. Durchgangsärzte oder von ihnen in die Behandlung hinzugezogene Ärzte, die über eine Zusatzweiterbildung „Manuelle Therapie /Chirotherapie“ verfügen, können diese Leistungen, die hinsichtlich der Leistungslegende und der Gebühren überarbeitet wurden, abrechnen. Andere Ärzte, die über die entsprechende Zusatzbezeichnung verfügen, bedürfen einer vorherigen Genehmigung und Kostenzusage durch den zuständigen Unfallversicherungsträger.

Anhebung der Gebühren für schmerzmedizinische Behandlungsentgelte:

Die Gebühren für die Nummern 6003 und 6004 UV-GOÄ werden an die Höhe der Gebühr der Nummer 118 UV-GOÄ auf 37,27 Euro angeglichen.

Anpassungen des Vertrages Ärzte/Unfallversicherungsträger

Information der Kassenärztlichen Vereinigung bei Bestellung eines Nichtvertragsarztes:

Bislang war in Paragraph 4 Absatz 3 geregelt, dass bei der Beteiligung eines Arztes am Vertrag, der nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnimmt, das Einvernehmen mit der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) herzustellen ist. Um das Verfahren bürokratiearm auszugestalten, reicht künftig die Information des zuständigen Landesverbandes der DGUV an die KV, dass eine Beteiligung am Verfahren der Unfallversicherung erfolgt ist.

Streichung der Feststellung der Transportunfähigkeit:

Es hat sich gezeigt, dass die Transportunfähigkeit im Rahmen der Berichterstattung, zum Beispiel bei der Notfallbehandlung, dokumentiert wird. Eine Bescheinigung für die Feststellung der Transportunfähigkeit ist somit nicht erforderlich und die Nummer 144 UV-GOÄ wird gestrichen. Damit einher geht auch die Streichung des Paragraphen 38 im Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger.

Hinweise zur Veröffentlichung

Die Einzelheiten zu den Beschlüssen finden Sie [hier](#). Zudem wird diese Bekanntmachung auf der [Internetseite der KBV](#) veröffentlicht. Dort finden Sie auch die [aktuelle UV-GOÄ](#)

Anpassungen an der Häusliche-Krankenpflege-Richtlinie (HKP-RL)

Wir möchten Sie über Neuerungen im Bereich der häuslichen Krankenpflege informieren, die der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) am 16. Oktober 2025 beschlossen hat und die zum 12. Dezember 2025 in Kraft getreten sind.

Klarstellung der Durchführungsverantwortung

- Maßnahmen der ärztlichen Behandlung werden künftig „übertragen“ nicht „delegiert“ (§2 HKP-RL). Die Richtlinie stellt nun klar, dass die Verantwortung für die Durchführung der verordneten Maßnahmen der Behandlungspflege bei den Pflegekräften liegt.

Streichung der nicht mehr nötigen Übergangsregelungen zur außerklinischen Intensivpflege (§1a HKP-RL) sowie der COVID-19-Sonderregelungen (9 HKP-RL)

Anpassungen des Leistungsverzeichnisses der verordnungsfähigen Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege

- Streichung der Bronchiallavage/-toilette (Nr. 6)
Da die Bronchiallavage eine ärztliche Leistung ist und die Bronchialtoilette durch eine Pflegefachkraft bereits von der Maßnahme „Absaugen“ umfasst ist, wurden die Maßnahmen gestrichen.
- Erweiterung der Leistung Einlauf/Klistier/Klyisma/digitale Enddarmausräumung (Nr. 14)
Erhöhung der Frequenz von „bis zu 2 x wöchentlich“ auf „bis zu 1 x täglich“ um den besonderen Anforderungen von Personen mit neurogenen Darmfunktionsstörungen Rechnung zu tragen.
- Klarstellung bei „Infusionen i. v.“ (Nr. 16)
Die alleinige Flüssigkeitssubstitution und die alleinige parenterale Ernährung, ggf. inklusive der bedarfsabhängigen Zugabe von Vitaminen und Spurenelementen können Leistungen der häuslichen Krankenpflege sein.
- Klarstellung bei „Verabreichen von ärztlich verordneten Medikamenten“ (Nr. 26.2)
Bei Einreibungen der Haut mit ärztlich verordneten Medikamenten kommt es auf den akut behandlungsbedürftigen Zustand der dermatologischen Erkrankung an, nicht darauf, dass es sich um eine ausschließlich akut auftretende Erkrankung handeln muss.
- Neue Leistung „(POCT-) INR-Messung zur Anpassung der Antikoagulationstherapie“ (Nr. 32)
Diese Leistung kann für Patientinnen und Patienten verordnet werden, die mit einem ärztlich verordneten Koagulometer ausgestattet wurden und die INR-Selbstmessung nicht durchführen können.

Die aktuelle HKP-RL ist auf der [Internetseite des G-BA](#) abrufbar.

Vereinbarung über die Durchführung von HPV-Impfungen als Satzungsleistung mit der AOK Niedersachsen (AOKN)

Neue Impfvergütungen und geänderte Anspruchsvoraussetzungen ab 1. Januar 2026

Die HPV-Impfung für Personen im Alter von 9 bis 14 Jahren wird als Regelleistung von allen gesetzlichen Krankenkassen in Niedersachsen entsprechend der Schutzimpfungs-Richtlinie übernommen.

Aufgrund einer seit 1. Januar 2025 bestehenden Vereinbarung zwischen der KVN und der AOKN können HPV-Impfungen für Versicherte ab 18 Jahren zu Lasten der AOK Niedersachsen durchgeführt und abgerechnet werden.

Die Impfvergütung der HPV-Impfung für über 18-Jährige werden über die **GOP 89110C** (erste und zweite Dosis) bzw. **89110D** (letzte Dosis) abgerechnet. Der Bezug des Impfstoffes erfolgt auf Einzelverordnung (Muster 16) auf den Namen des Patienten.

Mit Wirkung zum 1. Januar 2026 konnte mit der AOKN eine Erhöhung der Impfvergütungen vereinbart werden. Die GOP'en 89110C und 89110D werden jeweils mit 16,02 Euro vergütet.

Aufgrund einer Satzungsänderung der AOKN ändern sich zum 1. Januar 2026 die Anspruchsvoraussetzungen. Die AOKN übernimmt die Kosten der HPV-Impfung im Rahmen ihrer Satzungsleistungen für Versicherte im Alter von **18 bis einschließlich 26 Jahren**. Impfzyklen, die vor dem 27. Geburtstag begonnen wurden, können zum Lasten der AOKN beendet werden.

GKV-Impfvereinbarung - Neue Impfhonorare und Vergütungen für serologische Testungen ab 1. Januar 2026

Die KVN hat mit den Verbänden der gesetzlichen Krankenkassen in Niedersachsen eine Steigerung der Impfhonorare und der Vergütungen für serologische Testungen ab 1. Januar 2026 um 2,8 Prozent vereinbaren können.

Des Weiteren möchten wir Sie darüber informieren, dass sich ab dem 1. Januar 2026 die Abrechnungsziffern für die serologischen Testungen ändern werden. Die neuen Abrechnungsziffern können Sie der nachstehenden Tabelle entnehmen.

Leistung	Abrechnungsziffer vor Impfung	Abrechnungsziffer nach Impfung
Ärztliche Leistungen (Beratung, Blutentnahme, Befundmitteilung)	89040 A	89040 B
Laborärztliche Leistung	89041 A	89041 B
Sachkosten (Versandmaterial, Transport und Ergebnisübermittlung)	89042 A	89042 B

Die GKV-Impfvereinbarung finden Sie im KVN-Portal unter der Rubrik Verträge - Impfen - Impfvereinbarungen - Download.

Impfübersichten mit den Vergütungen und den KVN-internen Gebührenordnungspositionen finden Sie auf unserer [Internetseite](#)

Ersatzverfahren ab Januar auch bei Kindern und Jugendlichen ohne elektronische Gesundheitskarte (egK) möglich

Ab dem 1. Januar 2026 werden die Möglichkeiten, das Ersatzverfahren durchzuführen, erweitert.

Das Ersatzverfahren kann dann auch bei Kindern und Jugendlichen bis 18 Jahren durchgeführt werden, wenn die eGK nicht vorgelegt oder eine elektronische Ersatzbescheinigung nicht übermittelt werden kann.

Neue Kostenpauschale für subkutane medikamentöse Tumortherapie

Die KBV und der GKV-Spitzenverband haben sich auf eine neue Kostenpauschale **86522** für die subkutane medikamentöse Tumortherapie in der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 Bundesmantelvertrag-Ärzte) zum 1. Januar 2026 geeinigt. Ihr Gebührenwert beträgt 70 Prozent des Gebührenwertes der Kostenpauschale **86516** für die intravasale medikamentöse Tumortherapie. Die Höhe der regionalen Vergütung für die neue Kostenpauschale 86522 wird derzeit noch zwischen der KVN und den niedersächsischen Krankenkassenverbänden abgestimmt.

Die neue Kostenpauschale kann einmal im Behandlungsfall bei der Verabreichung von mindestens einem subkutan applizierten Tumortherapeutikum der ATC-Klasse L01-Antineoplastische Mittel abgerechnet werden. Ausgenommen sind Medikamente der ATC-Klassen L01CH-Homöopathische und anthroposophische Mittel und L01CP-Pflanzliche Mittel.

Die Kostenpauschale 86522 für die subkutane medikamentöse Tumortherapie wird so wie die Kostenpauschalen für die intravasale (86516) beziehungsweise orale (86520) medikamentöse Tumortherapie als Zuschlag berechnet - entweder in Verbindung mit der Kostenpauschale 86510 für die Behandlung florider Hämoblastosen oder in Verbindung mit der Kostenpauschale 86512 für die Behandlung solider Tumore.

Kooperationsanfragen an Mitglieder

Die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (KVN) erhält häufig Kooperationsanfragen von Institutionen im deutschen Gesundheitswesen und Universitäten. In der Regel geht es dabei um Online-Befragungen oder Informationen über bestimmte Diagnosen und Behandlungsmethoden.

[Diese Kooperationsanfragen finden Sie auf unserer Internetseite.](#)



Veranstaltungen

Unser komplettes Seminarangebot und welche Angebote für Ihre Praxis und die MitarbeiterInnen am besten geeignet sind, finden Sie auf unserer Internetseite. Dort können Sie sich [direkt online anmelden](#). Wenn ein Seminar interessant ist, gelangt man mit nur einem Klick auf den Titel zum Seminar und erhält dort alle weiteren Informationen.

Mittwoch, 4. Februar 2026

- [Moderne Wundversorgung](#) (WebSeminar)

Donnerstag, 5. Februar 2026

- [Hygiene in der Arztpraxis](#) (WebSeminar)

Mittwoch, 11. Februar 2026

- [Sprechstundenbedarf](#) (WebSeminar)

Donnerstag, 12. Februar 2026

- [PraxismanagerIn Arbeitsgruppe](#) (WebSeminar)

Freitag, 13. Februar 2026

- [Diabetesschulung für Kinder und Jugendliche \(DMP Typ 1 Diabetes Pädiatrie\)](#)(WebSeminar)

Dienstag, 17. Februar 2026

- [Datenschutz in der Arztpraxis](#) (WebSeminar)

Mittwoch, 18. Februar 2026

- [Deeskalation in der Arztpraxis - Professioneller Umgang mit schwierigen Situationen](#) (Aurich)
- [Fit am Empfang - So heißen Sie Ihre Patienten willkommen](#) (WebSeminar)
- [Heilmittelverordnung in Theorie und Praxis - Grundlagen](#) (WebSeminar)
- [Update Digitalisierung: Die Videosprechstunde](#) (WebSeminar)
- [Meine Praxiskooperation – Was ist möglich mit BAG, Anstellung, MVZ & Co.](#) (WebSeminar)
- [Die Gesundheit von PraxismitarbeiterIn erhalten und schützen](#) (WebSeminar)

Freitag, 20. Februar 2026

- [Qualitätsmanagementbeauftragte/r \(umfasst drei Termine, jeweils Freitags\)](#) (WebSeminar)

Mittwoch, 25. Februar 2026

- [Niederlassungsseminar Modul I „Meine eigene Praxis - Impulse für Ihren Start“](#) (WebSeminar)
- [Substitution in der Praxis - sicher starten, souverän begleiten](#) (WebSeminar)
- [Das Telefon - Die Visitenkarte der Praxis](#) (WebSeminar)
- [Heilmittelverordnung in Theorie und Praxis für Fortgeschrittene](#) (WebSeminar)
- [Arzneimittelverordnungen](#) (WebSeminar)

Samstag, 28. Februar 2026

- [QEP®-Starterseminar](#) (WebSeminar)
- [10. Niedersächsische Zytologie-Fortbildung](#) (Hannover)



Ausschreibungen für Nachfolgezulassungen in gesperrten Planungsbereichen

Die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (KVN) schreibt hiermit folgende Vertragsarzt-/Vertragsärztinnen-/Vertragspsychotherapeuten-/Vertragspsychotherapeutinnensitze aus:

Die Ausschreibungen für Nachfolgezulassungen im Monat Januar 2026 finden Sie [hier](#).

Oder Sie besuchen unsere [Internetseite](#)

Förderung für die Besetzung von Vertragsarztsitzen nach der Strukturfonds-Richtlinie der KVN

Für die Besetzung eines Rheumatologensitzes in der/den nachfolgend genannten Gemeinde(n) wird ein Investitionskostenzuschuss von bis zu 50.000 Euro gewährt:

Die Förderungen für den Monat Januar 2026 finden Sie [hier](#).

Oder Sie besuchen unsere [Internetseite](#)

Amtsübergang in der Vertreterversammlung der KVN

Herr Dr. Carsten Giesecking, der bei den Wahlen zur Vertreterversammlung im Jahre 2022 gewählt worden war, ist aus der Vertreterversammlung der KVN ausgeschieden.

Aufgrund meiner Bestellung als Wahlleiterin habe ich festgestellt, dass der frei gewordene Sitz in der Vertreterversammlung Niedersachsen zum 21. Juli 2025 auf Herrn Dr. Marco Burger, Braunschweig, übergegangen ist.

Die Wahlleiterin

Impressum

KVNBachrichten

Das Rundschreiben der
Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen
2. Jahrgang, Nr. 01/2026

Herausgeber:

Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen
Berliner Allee 22, 30175 Hannover

Redaktionsausschuss:

Mark Barjenbruch, Thorsten Schmidt, Nicole Löhrl,
Dr. Eckart Lummert, Dr. Ludwig Grau

Redaktion:

Detlef Haffke (v.i.S.d.P.), Lars Menz,
Michael Aßhauer, Sandra Meyer

Anschrift der Redaktion:

Berliner Allee 22, 30175 Hannover
pressestelle@kvn.de
www.kvn.de

Bildnachweis

S. 1 oben und S. 7: Designed by rawpixel.com / Freepik; S. 1 unten
links und S. 6: Tom Figiel; S. 1 unten rechts und S. 8: Johnny Katana;
S. 4: Nils Hendrik Müller

Januar Ausgabe 2026 veröffentlicht am 9. Januar 2026