

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 Nirsevimab 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 Behandlung 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 Nachfolgelassungen 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 Ausgabenwachses.“ 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!**

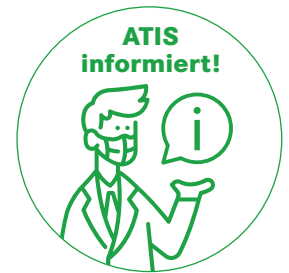
- ✓ Interaktive Themenstationen zu Praxisübergabe, Kooperation, u.v.m.
- ✓ Einführung in die KVN Praxisbörse
- ✓ „Get together“ mit Kolleginnen und Kollegen sowie Beratern der KVN

**Wir freuen uns auf Sie!**  
Anmeldungen unter [www.kvn.de](http://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 (Nicht-raucher) 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](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

### **KVNachrichten**

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 Löhr,  
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**