

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

# KVNBachrichten

Das Rundschreiben der Kassenärztlichen  
Vereinigung Niedersachsen

07/2026



5



6



12

**Parlamentarischer Abend.** Echte Reform statt reines Spargesetz. – Seite 5

**Tag der Niedersachsen.** 116117 und KVN.akut im Fokus. – Seite 6

**kvn.app.** Funktionen im Überblick. – Seite 12

# Inhalt – KVNachrichten 07/2026



## Editorial



## Nachrichten

Echte Reform statt reines Spargesetz .....	5
116117 und KVN.akut im Fokus .....	6
Ärzte und Politiker .....	7
KVN-Vertreterversammlung lehnt Sparpläne im Gesundheitswesen ab. ....	8
KVN-Vertreterversammlung: „Es braucht verlässliche, leistungsgerechte und stabile Vergütungsstrukturen, um Patientinnen und Patienten in Niedersachsen verlässlich versorgen zu können.“ .....	8
Ärzte und Psychotherapeuten in Niedersachsen einig: GKV-Spargesetz wird deutlich negative Auswirkungen auf die ambulante Versorgung haben .....	9
KVN-Vertreterversammlung um medikamentöse Versorgung der Bevölkerung besorgt .....	10
KVN-Vertreterversammlung fordert Verbesserungen bei der digitalen Kommunikation im Gesundheitswesen auf Basis der Kommunikationsplattform KIM. ....	11
kvn.app gestartet. ....	12
Jetzt bewerben! .....	13
KV Niedersachsen: Gute Lösungen abzuschaffen, ist ein Schritt in die völlig falsche Richtung. ....	14



## ATIS informiert

Clozapin-Reexposition trotz vorausgegangener Neutropenie oder Agranulozytose. ....	16
------------------------------------------------------------------------------------	----



## Abrechnung

AOK Niedersachsen: Vertrag über ergänzende Früherkennungsuntersuchungen (U10, U11 und J2) für Kinder und Jugendliche .....	18
Bewertungsausschuss beschließt verschiedene EBM-Änderungen .....	18
EBA beschließt Änderungen bei Humangenetik und Intraokularlinsen - Einigung im BA zu Donanemab und Liposuktion. ....	19
ePA-Erstbefüllung bleibt weiterhin berechnungsfähig .....	26
Musterverfahren der Hausärzte bzgl. der Budgetierung bei TSVG- bzw. Corona-Kennzeichnung .....	27
Digitale Gesundheitsanwendung „Axia“: ab Juli neue Leistungen im EBM .....	27
Teilnahme an Hilfenkonferenzen bei Komplexversorgung von Erwachsenen wird ab 1. Juli vergütet .....	28



## Verordnung

Sprechstundenbedarf - Import von Xylocain Gel 2% bis zum 7. Juli 2026 erneut verlängert. ....	29
-----------------------------------------------------------------------------------------------	----

Long/Post-COVID: Änderung Anlage VI Arzneimittel-Richtlinie - Metformin . . . . .	29
Long/Post-COVID: Änderung Anlage VI Arzneimittel-Richtlinie - Ivabradin . . . . .	29
Long/Post-COVID: Änderung Anlage VI Arzneimittel-Richtlinie - Agomelatin . . . . .	30
Long/Post-COVID: Änderung Anlage VI Arzneimittel-Richtlinie - Vortioxetin. . . . .	30



## Allgemeine Hinweise

Hausarztzentrierte Versorgung der AOK Niedersachsen: Pflegeheimversorgung . . . . .	32
Kooperationsanfragen an Mitglieder. . . . .	32



## Veranstaltungen



## Amtliches

Ausschreibungen für Nachfolgezulassungen in gesperrten Planungsbereichen . . . . .	34
------------------------------------------------------------------------------------	----

 **Editorial****Liebe Mitglieder,**

mit unserer neuen kvn.app wird die Digitalisierung der KVN mobil. Unser Ziel dabei ist klar: Wir möchten unseren Mitgliedern den Zugang zu den Informationen und Services der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen so einfach und komfortabel wie möglich machen. Mit der kvn.app bündeln wir deshalb wichtige Angebote der KVN an einem zentralen Ort – jederzeit und von überall erreichbar.

Die Mitglieder der Vertreterversammlung der KVN haben auf der Klausurtagung am 19. und 20. Juni in Uslar die App bereits als erste heruntergeladen und ausprobiert. Auch unser Vorsitzender, Dr. Eckart Lummert, zeigte sich begeistert, denn die App kann bereits viel. So können Sie als Mitglied aktuelle KVN-News abrufen, Dokumente im ePostfach einsehen, Stammdaten im Profil nachschlagen, die richtigen Ansprechpartner finden und ausgewählte Anliegen direkt über eFormulare digital erledigen. Auf Wunsch informieren Push-Benachrichtigungen über neue Inhalte, und die Anmeldung kann bequem per Fingerabdruck oder Gesichtserkennung erfolgen. Das hört sich übersichtlich und einfach an und ist es auch. Bei der Entwicklung der App haben wir ganz besonders auf die Useability geachtet, also darauf, dass die Benutzerfreundlichkeit an erster Stelle steht.

Die kvn.app ist somit ein weiterer wichtiger Schritt auf unserem Weg zu einer modernen, digitalen und serviceorientierten KVN. Besonders freut mich, dass wir damit viele Prozesse noch einfacher, transparenter und mobiler gestalten können. Und das ist erst der Anfang, denn der Funktionsumfang der App wird kontinuierlich erweitert.

Ich lade Sie herzlich ein, die kvn.app auszuprobieren und ihre Vorteile im Praxisalltag zu nutzen. Die App kann ab sofort im App Store (Apple) oder Play Store (Android) heruntergeladen werden. Zum Funktionsumfang und zur Installation der App informiert auch ein Beitrag in dieser Ausgabe der KVNachrichten.

***Ihre******Nicole Löhr******Vorständin der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen***

## Nachrichten

# Echte Reform statt reines Spargesetz

## Parlamentarischer Abend der KVN in Hannover nahm sich bei tropischen Temperaturen das Beitragssatzstabilisierungsgesetz vor



Die große Kastanie im Garten der Burg Königsworth mitten in Hannover spendete ausreichend Schatten. Das war für die über 100 Gäste des Parlamentarischen Abends der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsens (KVN) auch dringend nötig, denn die Hitze war am 24. Juni tropisch und die Sonne brannte auch am frühen Abend noch.

Der Vorstandsvorsitzende der KVN, Mark Barjenbruch, hatte wie die meisten das Sakko abgelegt – und damit auch ein bisschen seine Hoffnung, dass beim Beitragssatzstabilisierungsgesetz noch etwas zu erreichen sei. Die Argumente der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Verbände stießen aktuell in Berlin jedenfalls nicht auf größeres Interesse, beklagte er. Das Gesetz soll kommen, die Reform muss politisch her, auch wenn dies die ambulante Versorgung stark treffen und auch für die Bürgerinnen und Bürger ein teurer Spaß wird.

Dr. Tanja Meyer (Bündnis 90/Die Grünen), Vizepräsidentin des Niedersächsischen Landtags, fragte sich in ihrem Grußwort, ob wir als Gesellschaft überhaupt zu Reformen bereit sind. Dabei sei eine Reform per se erstrebenswert, ein lebendiger, demokratischer Prozess und eine Chance auf bessere Verhältnisse. Ob dies beim Beitragssatzstabilisierungsgesetz aus ihrer Sicht gelingt, ließ sie vage. Meyer betonte aber, dass es eine Reform für eine zeitgemäße und bezahlbare Gesundheitsversorgung brauche, gerade für das Flächenland Niedersachsen mit seinen unterschiedlichen regionalen Herausforderungen. Daran sollte gemeinsam gearbeitet werden. Die Reform als Selbstbehauptung der Demokratie auf eine bessere Zukunft, daran hielt Meyer fest.

Oliver Lottke (SPD), Vorsitzender des Ausschusses für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung, wurde kritischer: Ihm fehle bei der Reform der rote Faden und das eigentliche Ziel. Damit sprach er den anwesenden Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten aus der Seele. Die von Meyer erwähnte Verbesserung müsse her, ein reines Spargesetz, und das sei das Beitragssatzstabilisierungsgesetz, reiche nicht aus. Mit den Ergebnissen der Enquete-Kommission des Niedersächsischen Landtags zur Gesundheit (Sicherstellung

**links: Thorsten Schmidt, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der KVN im Gespräch.**

**rechts: Dr. Tanja Meyer, Vizepräsidentin des Niedersächsischen Landtags beim Grußwort mit Mark Barjenbruch, Vorstandsvorsitzender der KVN.**

der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung) sei man doch 2021 in Niedersachsen bereits auf einem sehr guten Weg gewesen. Den Rückgriff nahm zum Abschluss auch Mark Barjenbruch noch einmal auf und lobte ebenfalls die Arbeit und die Vorschläge der damaligen Enquete-Kommission. Nur: lange ist's her.

Der weitere Abend fand draußen unter der Kastanie statt, irgendwann leuchtete die Lichterkette und so konnten die Gäste die Reform, die nur ein Spargesetz ist, bei guten Gesprächen und einem kühlen Getränk kurzzeitig vergessen.

## 116117 und KVN.akut im Fokus

### KV Niedersachsen auf dem Tag der Niedersachsen in Braunschweig



Das Zelt des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung war eines der Highlights auf dem 39. Tag der Niedersachsen, der vom 12. bis zum 14. Juni 2026 in Braunschweig stattfand. Im Zelt war auch die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (KVN) mit einem Infostand zur Bereitschaftsdienstnummer 116117 vertreten – mit dabei auch der stellvertretende Vorstandsvorsitzende der KVN, Thorsten Schmidt.

Der Tag der Niedersachsen stellte in diesem Jahr das Ehrenamt und das gesellschaftliche Miteinander in den Mittelpunkt. Vereine, Verbände, und Initiativen aus ganz Niedersachsen zeigten, was Gemeinschaft leisten kann.

Auch die ambulante Versorgung lebt von diesem Engagement. Tag für Tag übernehmen niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit ihren Teams Verantwortung für die Menschen vor Ort. Gerade in Zeiten des Fachkräftemangels und des demografischen Wandels ist das keine Selbstverständlichkeit.

Die KVN hat auf dem Tag der Niedersachsen die Angebote des Patientenservices 116117 dargestellt und erklärt. Auch der Bereitschaftsdienst KVN.akut war ein zentrales Thema.

Im Zelt des niedersächsischen Gesundheitsministeriums gab es für Groß und Klein zahlreiche interaktive Aktionen, darunter Fotoboxen, Quizze, Glücksräder und Möglichkeiten zum direkten Austausch über soziale Themen und ehrenamtliches Engagement in Niedersachsen.

**Thorsten Schmidt, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der KVN, mit vollem Einsatz beim Tag der Niedersachsen in Braunschweig.**

# Ärzte und Politiker

## Die KVN im Dialog beim CDU-Parteitag in Vechta

280 Delegierte der Niedersachsen-CDU kamen am 20. Juni in Vechta zusammen, um sich kurz vor dem Start der Sommerferien noch einmal auf den bald beginnenden Kommunalwahlkampf einzustimmen. Die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (KVN) war mit einem Informationsstand auf dem Parteitag vertreten, um mit den Delegierten ins Gespräch zu kommen.



Die Niedersachsen-CDU sieht große Reformen bei Gesundheit, Pflege und Rente als überfällig an, im Detail aber höchst umstritten. Gleichzeitig bleibe aus Sicht der CDU die weltpolitische Lage vom Nahen Osten über den Iran bis zur Ukraine weiter höchst instabil, was die Reform-Agenda hemme.

Der niedersächsische CDU-Vorsitzende Sebastian Lechner verteidigte die Politik von Friedrich Merz und der Bundesregierung. Viele Reformen seien schon gestartet, bei der Migration, bei der Bundeswehr und in der Sicherheitspolitik seien große Fortschritte erzielt worden. Der Landesverband Niedersachsen werde die anstehenden Reformen bei Rente, Gesundheit und Pflege ausdrücklich mittragen.

Ein riesiges Problem sei auch, dass der niedersächsische Gesundheitsminister Andreas Philippi (SDP) die Reform der Krankenhauslandschaft hinauszögere. Während in NRW, Hessen und Bayern die Leistungsgruppen schon verteilt seien und klar sei, welche Klinik auf Dauer Bestand haben könne und welche nicht, wolle Philippi dies erst nach der Landtagswahl im September oder Oktober 2027 entscheiden. So lange könnten viele Kliniken nicht warten, deshalb herrsche eigentlich höchste Eile. Lechner wörtlich: „Wenn Philippi nicht endlich handelt, erleben wir einen kalten Strukturwandel. Dann sterben die Krankenhäuser, die kein Geld mehr haben und nicht die, die für die Versorgung nicht mehr nötig sind.“

Die Rede von Lechner stand ganz im Mittelpunkt des Parteitages, ergänzt von einem Grußwort, des neuen rheinland-pfälzischen Ministerpräsidenten Gordon Schnieder (CDU). Schnieders Weg sei, wie Lechner erläuterte, ein bisschen ein Vorbild für die Niedersachsen-CDU.

### KVN misst den Parteitagsblutdruck

Die zukünftige ambulante Versorgung der Bevölkerung in Niedersachsen stand im Mittelpunkt der Informationsgespräche auf dem Informationsstand der KVN. Die Forderung der KVN, in Zukunft die Patientinnen und Patienten effektiver als bisher durch das deutsche Gesundheitssystem zu steuern, fand bei den Delegierten ein positives Echo. Gemeinsam mit den Kommunen und Gemeinden die Sicherstellung der Versorgung zu sichern, wurde von den Parteivertreterinnen und -vertretern unterstützt und aktiv mitgetragen – das zeigte sich beim intensiven Austausch am KVN-Stand. Das Messen des „Parteitagblutdrucks“ erwies sich als Publikumsmagnet, ebenso wie bei 32 Grad Celsius die eisgekühlten Getränke.

### Besuch am KVN-Stand in Vechta (v.r.n.l.):

**Gordon Schnieder, Ministerpräsident von Rheinland-Pfalz, Dr. Sainab Egloffstein, Geschäftsführerin der KVN-Bezirksstelle und Oldenburg Wilhelms-haven, Sina Janik-Langhanki, Hausärztin in Bad Zwischenahn, Sebastian Lechner, Vorsitzender CDU Niedersachsen und Dr. Stefan Krafeld, Hausarzt in Lohne.**

## KVN-Vertreterversammlung lehnt Sparpläne im Gesundheitswesen ab

KVN-Vertreterversammlung: „Es braucht verlässliche, leistungsgerechte und stabile Vergütungsstrukturen, um Patientinnen und Patienten in Niedersachsen verlässlich versorgen zu können.“



Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN) hat am 19. und 20. Juni auf ihrer Klausurtagung in Uslar das geplante GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz abgelehnt. Die 50 Delegierten der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Niedersachsen stellten klar, dass die ambulante Versorgung das Rückgrat des deutschen Gesundheitssystems ist und darum verlässliche, leistungsgerechte und stabile Vergütungsstrukturen braucht, um Patientinnen und Patienten verlässlich versorgen zu können.

Die Resolution im Wortlaut: „Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN) stellt sich entschieden gegen die aktuelle Gesundheitsgesetzgebung der Bundesregierung und fordert diese auf, das sich gegenwärtig im parlamentarischen Verfahren befindliche GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz zu stoppen und nachzubessern. Die 16.992 niedergelassenen Vertragsärztinnen und -ärzte sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten in Niedersachsen versorgen mit ihren 43.918 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern 97 Prozent aller medizinischen Behandlungsfälle. Ohne Anpassungen wird eine spürbare Verschlechterung der ambulanten Versorgung in Deutschland und Niedersachsen die Folge sein – zu Lasten der Patientinnen und Patienten. Die gegenwärtig geplanten Einsparungen im ambulanten Sektor und die reduzierten Vergütungen der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sowie in besonderem Maße der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten werden zu einem Investitionsstau in den Praxen und auch zu Personalabbau führen. Wartezeiten für Patientinnen und Patienten werden dadurch länger und Termine weniger. Die Niedergelassenen in Niedersachsen sehen sich jedoch unweigerlich gezwungen, sollte das Gesetz in der jetzigen Form in Kraft treten, ihre Leistungen den

**links: Dr. Kristina Spöhrer, Vorsitzende des Digitalisierungsausschuss bei einem Wortbeitrag während der Sitzung der Vertreterversammlung.**

**rechts: Die große Runde tagte zwei Tage in Uslar.**

veränderten finanziellen Rahmenbedingungen anzupassen. Nur so werden sie mit ihren Praxen wirtschaftlich tragfähig bleiben. Immer mehr Versorgung für immer weniger Geld – diese Zeiten sind vorbei“.

**Forderungen der KVN-Vertreterversammlung**

- Die Vertreterversammlung der KVN fordert die Bundesregierung zudem auf, die versicherungsfremden Leistungen innerhalb der GKV vollumfänglich zu übernehmen. Diese Kosten müssen von der Gesamtgesellschaft getragen werden und dürfen nicht weiterhin einseitig die gesetzlich Versicherten belasten.
- Die Vertreterversammlung der KVN fordert die Bundesregierung auf, die bislang extrabudgetär honorierte und – wie vom Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) nachgewiesen – funktionierende TSVG-Terminvermittlung vollumfänglich zu erhalten.
- Die Vertreterversammlung der KVN fordert die Bundesregierung auf, die in Teilen geplante Rücknahme der Entbudgetierung bei Haus- und Kinderärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zu unterlassen.

Die Vertreterversammlung der KVN weist ausdrücklich auf die Gefahr hin, dass sich viele ältere niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten früher aus der Versorgung zurückziehen werden, sollte das Gesetz wie geplant in Kraft treten. Gleichzeitig wird für den dringend benötigten haus- und fachärztlichen sowie psychotherapeutischen Nachwuchs die Entscheidung für eine Niederlassung immer unattraktiver. Die Folge wird eine landesweit ausgedünnte ambulante Versorgung zulasten der Bevölkerung sein.

## Ärzte und Psychotherapeuten in Niedersachsen einig: GKV-Spargesetz wird deutlich negative Auswirkungen auf die ambulante Versorgung haben

### Über 2.000 Niedergelassene nehmen an KVN-Umfrage zum GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz teil – mit eindeutigen Aussagen

Rund 95 Prozent der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Niedersachsen erwarten deutliche negative Auswirkungen für die ambulante Versorgung – das ergibt eine aktuelle Mitgliederumfrage der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN) zu möglichen Folgen des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes. Über 2.000 Mitglieder haben sich an der Befragung beteiligt.

- 84 Prozent der Umfrageteilnehmerinnen und -teilnehmer rechnen mit Leistungseinschränkungen für gesetzlich Versicherte, 81 Prozent sehen längere Wartezeiten für Patientinnen und Patienten voraus.
- 85 Prozent der Umfrageteilnehmenden sieht sich durch die möglichen Reformen mit Existenzängsten konfrontiert, 51 Prozent halten Personalabbau in der eigenen Praxis für realistisch.



**Große Einstimmigkeit zwischen KVN und den Berufsverbänden**

- 34 Prozent der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten geben an, eine vorzeitige Praxisaufgabe in Erwägung zu ziehen,
- 12 Prozent haben sogar bereits konkrete Pläne für einen frühzeitigen Ruhestand.
- 54 Prozent der Teilnehmenden wünschen sich dringend eine bessere Patientensteuerung.
- Und unter den avisierten Rahmenbedingungen würden 48 Prozent der Teilnehmenden dem medizinischen Nachwuchs „eher keine“ und 28 Prozent sogar „auf keinen Fall“ eine Niederlassung empfehlen.

#### **KVN-Vorstand zeigt sich pessimistisch: Termine werden knapper**

„Erschreckend“, nennt der Vorstandsvorsitzende der KVN, Mark Barjenbruch, die Umfrageergebnisse. Er sei frustriert von dem Gesetzesvorhaben und sehe sich von der Umfrage leider vollumfänglich bestätigt. „Die Niedergelassenen blicken mit großen Sorgen auf das kommende Jahr, wenn das Gesetz in der jetzigen Form in Kraft treten sollte. Wir fordern daher die Bundesregierung erneut auf, ein konstruktives Gespräch hin zu einer echten Reform mit der Ärzte- und Psychotherapeuten-schaft zu suchen und nicht einfach einseitig auf Kosten der ambulanten Versorgung zu kürzen.“ Ansonsten würden Termine knapper und Wartezeiten länger, betonte der KVN-Chef.

Auch der stellvertretende KVN-Vorstandsvorsitzende Thorsten Schmidt ist deutlich: „Sollte diese Reform gut gemeint sein, so passiert genau das Gegenteil. Diese Sparmaßnahmen sind keine Reform, sondern Kürzungen, die nicht nur zu Lasten der Arzt- und Psychotherapeutenpraxen gehen, sondern die auch die Patientinnen und Patienten deutlich merken werden.“ Die spürbare Verschlechterung der Versorgung sei unweigerlich die Folge, sollte nicht von Seiten der Politik kurzfristig gegengesteuert werden, so der KVN-Vize.

Hinzu komme, dass das angedachte Primärversorgungssystem bereits jetzt, bevor es überhaupt ausgestaltet ist, massiv beeinträchtigt werde, fügte Nicole Löhr an. „Wer jetzt die ambulante Versorgung in diesem Umfang schwächt, kann nicht zukünftig deutlich mehr von ihr verlangen“, so die KVN-Vorständin.

Der Vorstand bedankte sich bei allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Umfrage. Die Ergebnisse zeigten leider ein eindeutiges Bild: negative Auswirkungen auf die ambulante Versorgung in Niedersachsen werden die Folge des GKV-Beitragsstabilisierungsgesetzes sein.

---

## **KVN-Vertreterversammlung um medikamentöse Versorgung der Bevölkerung besorgt**

### **KVN-Vertreterversammlung: „Zur Sicherung der Arzneimittelversorgung soll der Gesetzgeber die Möglichkeit schaffen, dass Arztpraxen Medikamente abgeben dürfen.“**

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN) – das niedersächsische Ärzteparlament – hat sich auf ihrer Klausurtagung in Uslar kritisch mit der medikamentösen Versorgung der Patientinnen und Patienten befasst. Die Delegierten fordern zur Sicherung der Arzneimittelversorgung den Gesetzgeber auf, die rechtlichen Möglichkeiten für die Abgabe von Medikamenten durch Arztpraxen zu schaffen.

Aufgrund von entstehenden Versorgungslücken durch das „Apothekensterben“ (Rückgang bundesweit von ca. 21.500 Apotheken im Jahr 2000 um ca. 5.000 auf 16.800 in 2025) sowie zunehmenden Lieferengpässen verschlechtere sich die zeitnahe Medikamentenversorgung insbeson-

dere von älteren und immobilen Patientinnen und Patienten im Notdienst seit Jahren ständig. Es sei zu erwarten, dass durch den rasanten Strukturwandel (online-Apotheken, Drogeriemärkte mit OTC-Angeboten) die wohnortnahe Patientenversorgung mit Akutmedikamenten sich weiter verschlechtere.

---

## **KVN-Vertreterversammlung fordert Verbesserungen bei der digitalen Kommunikation im Gesundheitswesen auf Basis der Kommunikationsplattform KIM**

**KVN-Vorständin Nicole Löhr: „Das Fax hat keine Zukunft, KIM ist der Kommunikationsweg der ersten Wahl – muss aber verbessert werden.“**

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN) hat auf ihrer Klausurtagung am 19. und 20. Juni in Uslar die gematik eindringlich aufgefordert, ihren gesetzlichen Auftrag zum Ausbau des Austausches der digitalen Kommunikation im Gesundheitswesen (KIM) voranzutreiben. Der Antrag des KVN-Vorstandes, des KVN-Hauptausschusses und des KVN-Digitalisierungsausschusses wurde einstimmig verabschiedet.

KIM steht für Kommunikation im Medizinwesen und ist nichts anderes als ein E-Mail-Dienst – allerdings besonders gesichert. Nutzen können KIM nur Praxen, Krankenhäuser, Apotheken und andere Einrichtungen, die an die Telematikinfrastruktur angeschlossen sind. Darüber lassen sich Dokumente, aber auch einfache Nachrichten schnell, verschlüsselt und datenschutzkonform austauschen. KIM ist damit sicherer als ein Fax oder eine herkömmliche E-Mail. „Das Fax hat keine Zukunft, KIM ist der Kommunikationsweg der ersten Wahl – muss aber verbessert werden“, kommentierte die KVN-Vorständin, Nicole Löhr, den Beschluss.

Praxen nutzen KIM momentan vor allem, um Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen elektronisch an die Krankenkassen und Arztbriefe an Kolleginnen und Kollegen digital zu übermitteln. Möglich sind auch einfache eNachrichten, wenn das Praxisverwaltungssystem (PVS) dies unterstützt; eine Verpflichtung zur technischen Umsetzung der eNachricht durch den PVS-Hersteller besteht bisher allerdings nicht. Auch die Zustellung von elektronischen Ersatzbescheinigungen für Patientinnen und Patienten, die zum Beispiel ihre Gesundheitskarte vergessen haben, läuft darüber. Allerdings gibt es bei KIM noch Verbesserungspotential.

Daher fordert die KVN-Vertreterversammlung die gematik, die Betreibergesellschaft der TI-Infrastruktur, auf, ihrem gesetzlichen Auftrag zum Ausbau des Austausches über die digitale Kommunikation über KIM nachzukommen und insbesondere folgende Anforderungen an den Verzeichnisdienst (VZD) über die Schnittstelle FHIR (Fast Healthcare Interoperability Resources) zu gewährleisten:

1. Die gematik und die Kassenärztliche Bundesvereinigung unterstützen und kontrollieren die Hersteller von PVS bei der Implementierung einer einheitlichen, sinnvollen Suchfunktion in den KIM-Clients. Im VZD vorhandene Suchattribute wie Name, Postleitzahl, Ort, Straße, Bundesland, Betriebsstättennummer, Fachgebiet und Berufsgruppe sollen komfortabel nutzbar und Suchergebnisse sinnvoll eingeschränkt werden. Die Suchfunktion soll einen Arzt und auch die KIM-Adresse im Praxiseintrag ermitteln können.

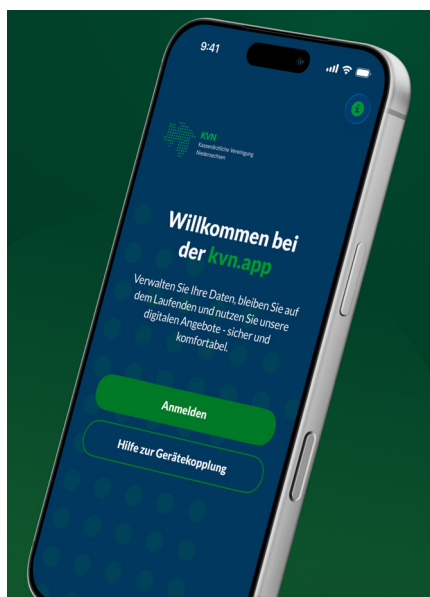


**KVN-Vorständin Nicole Löhr**

2. Die gematik soll den Kassenärztlichen Vereinigungen das Verknüpfen von Arzt- und Praxiseinträgen (ohne notwendigen Einzel-Opt-In der Leistungserbringer) ermöglichen.
3. Die lebenslange Arztnummer soll als gemeinsames identifizierendes Merkmal für Ärzte und Psychotherapeuten im Verzeichnisdienst aufgenommen werden.
4. Die gematik muss den Kassenärztlichen Vereinigungen die eigenständige Verknüpfung von Haupt- und Nebenbetriebsstätten ermöglichen. Die PVS-Hersteller sollen bei der Implementierung einer Suchfunktion (die zu einer Nebenbetriebsstätte die entsprechende KIM-Adresse vom Hauptstandort ermittelt) unterstützt und kontrolliert werden.

## kvn.app gestartet

Jetzt die neue kvn.app herunterladen – Funktionen hier im Überblick



Mit der neuen kvn.app stehen Ihnen als KVN-Mitglied verschiedene Services zentral an einem Ort zur Verfügung. Nach der erfolgreichen Registrierung können Sie Informationen abrufen, Ihre Daten einsehen und ausgewählte Anliegen digital erledigen.

### Installation der kvn.app

Die kvn.app steht für iOS- und Android-Endgeräte zur Verfügung. Geben Sie hierzu im jeweiligen Store den Suchbegriff „kvn.app“ ein. Nach dem Herunterladen melden Sie sich in der App einfach mit Ihrem bereits bestehenden Benutzernamen und Ihrem Passwort für das Mitgliederportal (KVN-Portal) an. Anschließend bestätigen Sie die Registrierung des Geräts über einen zeitlich begrenzt gültigen QR-Code, der Ihnen in Ihrem persönlichen Bereich im Mitgliederportal unter kvn.app QR-Code zur Verfügung gestellt wird. Durch die Kombination aus Ihren Zugangsdaten und dem individuellen QR-Code wird das Endgerät eindeutig Ihrem Benutzerkonto zugeordnet. Zur erleichterten Nutzung unterstützt die App – sofern technisch möglich – die Anmeldung per Fingerabdruck oder Gesichtserkennung.

### Inhalte der kvn.app

Im News-Bereich finden Sie aktuelle Informationen und Hinweise der KVN – so bleiben Sie auch

**Vorständin Nicole Löhrl mit Mitgliedern der Vertreterversammlung bei der Vorstellung der App.**

unterwegs auf dem Laufenden. Das ePostfach ist ein zentraler Service der App. Hier finden Sie Dokumente, die Ihnen zusätzlich in der App bereitgestellt werden. In Ihrem Profil können Sie Ihre bei der KVN hinterlegten Stammdaten einsehen, zum Beispiel Kontaktdaten oder abrechnungsrelevante Angaben. Das sorgt für Transparenz und Übersicht. Im Bereich Kontakt finden Sie die wichtigsten Kontaktmöglichkeiten Ihrer KVN, darunter der Mitgliederservice, der IT-Kundenservice und Ihre zuständige Bezirksstelle.

#### **eFormulare der kvn.app**

Über die eFormulare können ausgewählte Anliegen direkt digital bearbeitet werden. Die Formulare lassen sich mobil ausfüllen und elektronisch übermitteln – unabhängig vom Arbeitsplatz. Auf Wunsch informiert Sie die App auch per Push-Benachrichtigung, sobald neue Inhalte für Sie bereitstehen, zum Beispiel im ePostfach oder im News-Bereich. So verpassen Sie keine wichtigen Informationen und entscheiden selbst, ob und wann Sie diese abrufen möchten. Die Push-Benachrichtigungen können Sie in den Einstellungen Ihres Geräts natürlich jederzeit anpassen.

Die gebührenfreie IT-Servicehotline erreichen Sie unter: 08005101025, montags bis donnerstags: 8 bis 17 Uhr, freitags: 8 bis 14 Uhr.

#### **Zahlreiche Infos finden Sie auch hier:**

[https://www.kvn.de/hilfe\\_zur\\_ger%C3%A4tekopplung.html](https://www.kvn.de/hilfe_zur_ger%C3%A4tekopplung.html)

[https://www.kvn.de/Funktionen\\_im\\_%C3%9Cberblick.html](https://www.kvn.de/Funktionen_im_%C3%9Cberblick.html)

---

## **Jetzt bewerben!**

### **Frist für Einreichungen zum Niedersächsischen Gesundheitspreis läuft noch bis 31. Juli**

Das Niedersächsische Gesundheitsministerium sowie das Niedersächsische Wirtschaftsministerium, die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen, die AOK-Niedersachsen sowie die Apothekerkammer Niedersachsen haben kürzlich zum 16. Mal den Niedersächsischen Gesundheitspreis ausgelobt. Ausgezeichnet werden innovative Projekte und herausragende Initiativen, die sich für zukunftsweisende Lösungen und Ansätze in der Gesundheitsversorgung und Gesundheitsförderung einsetzen und als Vorbild für andere dienen. In diesem Jahr werden Projekte gesucht, die auf folgende Fragestellungen Antworten finden:

- Wie lässt sich das Gesundheitswesen krisenfest und resilient aufstellen?
- Wie kann im Alter die Gesundheit und der soziale Zusammenhalt gestärkt werden?
- Welche digitalen Technologien bieten einen Mehrwert für die patientenzentrierte Gesundheitsversorgung?

#### **Machen Sie mit!**

Kennen Sie ein herausragendes Projekt oder setzen Sie selbst eine innovative Idee um?

Alle Verbände, Institutionen, Initiativen, Unternehmen, Einzelpersonen und Fachleute aus der Gesundheitsversorgung und Gesundheitsförderung sowie aus dem Feld Digital Health sind herzlich eingeladen, ein Projekt vorzuschlagen oder die eigene Maßnahme zu bewerben. Das Preisgeld



[www.gesundheitspreis-niedersachsen.de](http://www.gesundheitspreis-niedersachsen.de)

beträgt insgesamt 15.000 Euro und wird zu jeweils 5.000 Euro auf drei Preiskategorien aufgeteilt. Das beste Projekt je Kategorie wird prämiert.

#### **Wie können Sie sich bewerben?**

Die Vorschläge / Bewerbungen können noch bis zum 31. Juli 2026 bei der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen Bremen e. V. ausschließlich online unter [www.gesundheitspreis-niedersachsen.de](http://www.gesundheitspreis-niedersachsen.de) eingereicht werden. Hier finden Sie auch alle Informationen und den kompletten Ausschreibungstext. Fragen beantworten Sandra Pape, 0511 / 3881189-118, [sandra.pape@gesundheit-nds-hb.de](mailto:sandra.pape@gesundheit-nds-hb.de) oder Sandra Surrey, 0511 / 3881189-137, [sandra.surrey@gesundheit-nds-hb.de](mailto:sandra.surrey@gesundheit-nds-hb.de)

---

## **KV Niedersachsen: Gute Lösungen abzuschaffen, ist ein Schritt in die völlig falsche Richtung**

### **KVN-Vorstand Mark Barjenbruch: „Abschaffung der telefonischen AU und Einführung der AU ab dem ersten Krankheitstag ist Irrsinn.“**

Der Koalitionsausschuss von CDU und SPD hat sich am 2. Juli unter anderem darauf geeinigt, die telefonische Krankschreibung abzuschaffen und eine Krankschreibung schon ab dem ersten Krankheitstag einzufordern. Entsprechende Pläne sollen nun vorangetrieben werden. Die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (KVN) kritisiert das Vorhaben in aller Deutlichkeit.

„Besonders irritiert mich im ‚Programm für Aufschwung‘ die häufige Betonung auf Bürokratieabbau in allen Bereichen, aber gleichzeitig will die Politik eine verpflichtende Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung – die AU – ab dem ersten Tag der Erkrankung einführen und die Telefon-AU abschaffen. Also eher mehr Bürokratie statt weniger. Das passt nicht zusammen“, sagte der Vorstandsvorsitzende der KVN, Mark Barjenbruch, heute in Hannover.

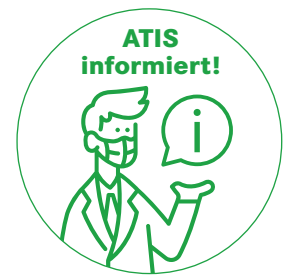
„Die KVN spricht sich klar für den Erhalt der telefonischen Krankschreibung aus. Sie ist ein bewährtes Instrument einer modernen ambulanten Versorgung und eine sinnvolle Ergänzung zu den Sprechstunden in den Praxen. Einer Abschaffung der telefonischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung lehnen wir ab. Die telefonische Krankschreibung trägt der Versorgungsrealität in den Praxen Rechnung. Sie ermöglicht es, bekannte Patientinnen und Patienten bei nicht schwerwiegenden Erkrankungen niedrigschwellig zu behandeln, ohne unnötige Praxisbesuche zu verursachen. Damit werden nicht nur die Praxisteams entlastet, sondern auch Infektionsrisiken reduziert. Gute Lösungen abzuschaffen, ist ein Schritt in die völlig falsche Richtung“, ergänzte der KVN-Vize, Thorsten Schmidt.

Barjenbruch weiter: „Auch die Krankschreibung ab Tag eins macht keinen Sinn. Durch Karenztage entfallen unnötige Arztbesuche und das Gesundheitssystem wird entlastet. Die aktuellen Vorschläge der Politik produzieren Abertausende Arztbesuche, die aus Sicht der KVN nicht zwingend notwendig sind.“

Die ohnehin angespannte Terminlage in den Praxen nehme durch die beabsichtigten Regelungen weiter zu. Zusätzliche unnötige Termine seien in Arztpraxen eines der größten Hindernisse für die Patientenversorgung. Die Umsetzung der Vorschläge im ‚Programm für Aufschwung‘ bringe mehr Arbeitszeit für die Praxen mit sich. „Diese Arbeitszeit geht unmittelbar von der Behandlungszeit ab, was zu längeren Wartezeiten und kürzeren Sprechstunden für Patienten führt. Dies

ist vor dem Hintergrund der Sparmaßnahmen durch weitere Gesetzesvorhaben – zum Beispiel dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz und dem Notfallgesetz – mit Honorarkürzungen völlig unverständlich. Es kann nicht sein, dass die Politik Honorare streicht, aber mehr Leistungen verlangt. Das ist Irrsinn“, so Barjenbruch.

---



## Clozapin-Reexposition trotz vorausgegangener Neutropenie oder Agranulozytose

### Frage an ATIS:

Eine Kollegin, Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie, fragt zu folgendem Fall: „Wir behandeln seit einigen Jahren eine 50jährige Patientin mit paranoider Schizophrenie. Die bei Übernahme bestehende Vorbehandlung bestand aus relativ hohen Dosen von Haloperidol, Promethazin und Lorazepam. Da die Patientin weiterhin ein ausgeprägtes paranoid gefärbtes Beziehungs- und Beeinträchtigungserleben hatte, stellten wir vor drei Jahren auf Clozapin um (zuletzt 600 mg Tagesdosis), was zu deutlicher Verbesserung der Symptome führte. Zwei Jahre später hatte sie zunehmend abfallende Werte für neutrophile Granulozyten und wir setzten Clozapin ab. Unter der dann wieder gegebenen Übernahmemedikation haben sich die Symptome der Schizophrenie erheblich verschlechtert, auch Cariprazin brachte keine relevante Besserung. Clozapin darf in der Situation nicht verwendet werden. Unsere Frage ist, ob und unter welchen Voraussetzungen ein nochmaliger Einsatz von Clozapin dennoch möglich wäre, da andere Therapieoptionen hier nicht wirken oder abgelehnt werden.“

### Antwort von ATIS

Der Fall erscheint auf den ersten Blick sehr speziell, berührt aber eine medizinisch, rechtlich und ethisch immer wieder relevante Konstellation: Clozapin wird in der Regel erst bei sehr schwer zu behandelnder „therapieresistenter“ Schizophrenie eingesetzt, also dann, wenn andere antipsychotische Behandlungsoptionen nicht ausreichend wirksam waren oder nicht vertragen wurden. Gerade in dieser Situation ist es besonders problematisch, wenn ein im Einzelfall eindeutig wirksames Medikament wegen einer schwerwiegenden unerwünschten Arzneimittelwirkung nicht weiter verordnet werden kann.

Die nochmalige Verordnung von Clozapin wäre nur unter Nichtbeachtung der Kontraindikationen und Warnungen, jedenfalls außerhalb der Zulassung (off label) möglich, und dafür müssen nach den für Off-Label-Anwendungen entwickelten Grundsätzen drei Voraussetzungen erfüllt sein: 1) es gibt keine wirksamen therapeutischen Alternativen, 2) die Risiken und Belastungen durch die anders nicht behandelbare Krankheit sind erheblich und 3) es gibt in der Literatur ausreichend gute Hinweise für ein möglicherweise positives Nutzen-Risiko-Verhältnis. Wegen der erheblichen Warnungen muss hier die Schwelle sogar eher höher angelegt werden als bei anderen weniger riskanten Off-label-Anwendungen.

Betrachten wir zunächst Punkt 1) von den drei Punkten für den Fall dieser 50jährigen Patientin: Es scheint hier keine Alternative zu geben. Das müsste aber möglicherweise noch weiter geklärt bzw. belegt werden. Hier wurde nach der Clozapin-Unverträglichkeit wieder auf die eher etwas veraltete Kombination von Hoch- und niedrig-potentem Neuroleptikum zurückgegriffen. Alternativ wäre ein Versuch mit Olanzapin naheliegend, sofern nicht schon in der Anamnese ausreichend klar ein schlechtes Ansprechen darauf dokumentiert ist. Clozapin und Olanzapin sind chemisch ähnlich, aber Clozapin-Agranulozytose ist keine Kontraindikation für Olanzapin. Es sind zwar Fälle beschrieben, in denen beides zur Agranulozytose führte, aber sehr häufig ist das gemeinsame Auftreten nicht. Eine weitere Alternative wäre Amisulprid (eventuell im Verlauf je nach Ansprechen auch unter Hinzunahme von Aripiprazol). Oder auch Risperidon bzw. das Paliperidon könnten Alternativen sein, letzteres als Depotpräparat, besonders auch dann, wenn Zweifel an der Einnahmeregelmäßigkeit bestehen. Die Blutspiegel sollten in diesem Falle natürlich ohnehin immer wieder einmal kontrolliert werden. In einigen Fällen werden auch respektable Erfolge mit den neueren verhaltenstherapeutischen Methoden bei Schizophrenie berichtet (Zitat [1], und auch in der aktuellen 2025er Leitlinie zur Schizophrenie dargestellt). Möglicherweise war das alles schon probiert, aber wir kennen hier ja nicht die lange Krankengeschichte. Ein bis zwei

weitere Therapieoptionen sollten auch aus Haftungsgründen ausreichend lange probiert und dokumentiert werden, bevor auf das hier „offiziell“ kontraindizierte riskantere Clozapin zurückgegriffen wird. Punkt 2) der genannten drei Punkte für off-label-Therapie ist leichter zu klären. Man muss davon ausgehen, dass die Patientin durch die Symptome sehr erheblich beeinträchtigt und belastet ist, was off-label-Therapien rechtfertigt. Und schließlich zu Punkt 3): Es gibt einige Publikationen zur Frage, wie oft bei erneutem Behandlungsversuch nach Clozapin-Neutropenie oder Agranulozytose dann wieder eine Neutropenie oder Agranulozytose auftritt, z.B. laut Prokopez et al [2] in einem Drittel der Fälle, aber das heißt auch: In zwei Drittel der Fälle ergab sich wieder die gute Therapiemöglichkeit mit Clozapin. Ähnlich sah es nach einer weiteren Studie aus [3]. Und nach einer viel größeren retrospektiven englischen Studie [4] wurden 1296 Menschen nach Clozapin-Neutropenie wieder mit Clozapin behandelt und in unterschiedlichen Untergruppen (je nach Diagnosekriterien) bekamen nur 7 Prozent bzw. 9 Prozent dieser Menschen innerhalb der ersten 180 Tage der erneuten Clozapin-Behandlung erneut die Diagnose einer Clozapin-induzierten Neutropenie. Zu bedenken ist allerdings, dass das Risiko des Rezidivs deutlich höher ist, wenn initial eine Agranulozytose mit weniger als 500 oder gar weniger als 100 Granulozyten/Mikroliter vorlag.

FAZIT, etwas vereinfacht gesagt: Es sollte zunächst noch eine weitere der genannten alternativen Therapieoption (außer der Haloperidol-Promethazin-Kombination und Cariprazin) probiert werden, bevor wieder auf Clozapin zurückgegriffen wird. Aber wenn auch dieser weitere Therapieversuch nicht wirkt, wäre der Wiederbeginn einer Behandlung mit Clozapin gerechtfertigt, insbesondere wenn seinerzeit keine Agranulozytose mit weniger als 500 Granulozyten/Mikroliter vorlag. Natürlich muss dann das Risiko der Clozapin-Behandlung mit der Patientin besprochen werden und, soweit die Patientin eine rechtliche Betreuung für medizinische Fragen hat, auch mit dieser Person. Neben engmaschigen Kontrollen auf Infektionszeichen soll die wöchentliche Überwachung der Neutrophilen auf längere Zeit ausgedehnt werden. Wie oft allerdings in diesem Falle dann nach drei oder sechs Monaten die neutrophilen Granulozyten kontrolliert werden sollten, dazu haben wir keine publizierten Empfehlungen gefunden.

Eine Besonderheit in diesem Falle: Soweit wir die Krankengeschichte richtig verstanden haben, entwickelte sich die Granulozytopenie erst länger als zwei Jahre nach Beginn der Clozapinbehandlung. Im Allgemeinen werden die meisten Fälle in den ersten 18 Wochen beobachtet (daher ja die Verpflichtung zur wöchentlichen Kontrolle in diesem Zeitraum) und ein erstes Auftreten erst zwei Jahre oder später ist selten. Zwar ist auch in diesem Falle ein Kausalzusammenhang mit Clozapin nicht ausgeschlossen, aber es könnte auch sein, dass die Neutropenie bzw. Agranulozytose andere Ursachen hatten. Insofern wäre ergänzend anzuraten, dass die Patientin zur Abklärung anderer Ursachen in einer der bei Ihnen nahe liegenden größeren hämatologischen Kliniken vorgestellt werden könnte; eine hämatologische Mitberatung wäre hier bei Re-Exposition mit Clozapin aus medizinischen und haftungsrechtlichen Gründen ohnehin ratsam.

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

#### **Literatur**

- [1] A. Meinhart et al. Metacognitive training for psychosis (MCT): a systematic meta-review of its effectiveness. *Translational Psychiatry* 2025; 15, Article number: 156
- [2] C.R. Prokopez et al. Clozapine Rechallenge After Neutropenia or Leucopenia. *J Clin Psychopharmacol* 2016; 36: 377-80.
- [3] L.R. Dunk et al. Rechallenge with clozapine following leucopenia or neutropenia during previous therapy. *Br J Psychiatry* 2006 Mar;188:255-63.
- [4] E. Oloyede et al. Clozapine rechallenge after neutropenia: a retrospective cohort study in the UK. *Lancet Psychiatry*. 2026; 13: 387-395.

 **Abrechnung**

## AOK Niedersachsen: Vertrag über ergänzende Früherkennungsuntersuchungen (U10, U11 und J2) für Kinder und Jugendliche

Die Teilnahmeformulare für Ärzte und Versicherte wurden überarbeitet und stehen ab sofort im KVN-Portal zum Download bereit.

Die Versicherteninformation und -teilnahmeerklärung sind an aktuelle Anforderungen angepasst worden. Gleichzeitig wurde der Umfang der Dokumente reduziert, wodurch sich der Papierverbrauch verringert.

### Aktuelle Leistungsvergütung

<u>Früherkennung</u>	<u>Vergütung</u>	<u>Abrechnungsziffer</u>
U10	59,62 Euro	99216
U11	59,62 Euro	99217
J2	59,62 Euro	99220

Gut zu wissen: Im Abrechnungsfall vermindert sich die Vergütung um die Sachkostenpauschale für die Dokumentationsunterlagen (Gesundheits-Checkheft) zugunsten der BVKJ-Service GmbH (aktuell in der Höhe von 1,7 Prozent je GOP).

Vertragsunterlagen sind abrufbar im KVN-Portal: Rubrik „Verträge“, Suchbegriff „U 10 U11 J2 AOK Niedersachsen“

---

## Bewertungsausschuss beschließt verschiedene EBM-Änderungen

Der Bewertungsausschuss (BA) hat verschiedene Anpassungen im EBM beschlossen. Der dreiteilige Beschluss beinhaltet eine Folgeanpassung zur Anwendung des Wirkstoffs Lecanemab (Teil A), verschiedene EBM-übergreifende Detailänderungen (Teil B) sowie EBM-Detailänderungen im Kontext der Versorgungspauschale (Teil C).

### Anpassungen rückwirkend zum 1. April

#### Beschluss Teil A

Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärzte für Nervenheilkunde sowie Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie dürfen die Gebührenordnungsposition (GOP) 01510 (Ambulante Betreuung 2h) im Zusammenhang mit der Anwendung des Wirkstoffes Lecanemab und der neuen fünften Anmerkung abrechnen.

Daher wurde im EBM als Folgeanpassung die GOP 01510 in die bestehende Nummer 7 der Präambel 21.1 aufgenommen, um diesen Facharztgruppen die Berechnung der GOP 01510 im Zusammenhang mit der Therapie mit Lecanemab zu ermöglichen.

### **Anpassungen zum 1. Juli**

#### **Beschluss Teil B**

Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin dürfen bei Versicherten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr bis zum vollendeten 21. Lebensjahr die GOP 01732 (Gesundheitsuntersuchung bei Erwachsenen ab dem vollendeten 18. Lebensjahr) abrechnen.

Dazu erfolgt im EBM die Aufnahme der GOP 01732 in die Nummer 5 der Präambel 4.1 EBM verbunden mit der Aufnahme einer neunten Bestimmung zum Abschnitt 1.7 EBM. In dieser wird klargestellt, dass die Gesundheitsuntersuchung von Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin für Versicherte ab dem vollendeten 18. Lebensjahr bis zum vollendeten 21. Lebensjahr berechnungsfähig ist.

Eine detaillierte Darstellung mit allen weiteren Änderungen und Hintergründen finden Sie im entsprechenden Beschluss und den entscheidungserheblichen Gründen.

#### **Beschluss Teil C**

Bei den Anpassungen zur Versorgungspauschale und zur Vorhaltepauschale für Patienten mit Versorgungspauschale handelt es sich um Klarstellungen sowie um unterschiedliche redaktionelle Anpassungen. Als Folgeanpassung wurde zum Beispiel ergänzt, dass bei ausschließlichem Videokontakt im Behandlungsfall der Aufschlag bei fachgleichen Berufsausübungsgemeinschaften bzw. fachgleichen Praxen mit angestellten Ärzten in Höhe von 11 Prozent auf die um den Videosprechstundenabschlag reduzierte GOP 03110 (Zuschlag für Patienten mit intensiven Betreuungsbedarf im Folgequartal) zu gewähren ist.

#### **Hinweis zur Veröffentlichung**

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

---

## **EBA beschließt Änderungen bei Humangenetik und Intraokularlinsen - Einigung im BA zu Donanemab und Liposuktion**

Der Erweiterte Bewertungsausschuss (EBA) hat zu den strittigen Themen Finanzierung und Weiterentwicklung der Humangenetik sowie zur Mehrkostenregelungen beim Einsatz von Sonderlinsen Beschlüsse gefasst. Die Ausgaben für humangenetische Untersuchungen des EBM-Abschnitts 11.4 werden ab dem 1. Oktober drastisch gekürzt. Außerdem dürfen Ärzte bestimmte Mehrkosten für die Implantation einer Sonderform der Intraokularlinse den Patienten künftig nicht mehr in Rechnung stellen. Beide Beschlüsse wurden gegen die Stimmen der KBV gefasst. Darüber hinaus hat der Bewertungsausschuss (BA) die Vergütung für die Gabe des neuen Alzheimer-Medikaments Donanemab festgelegt sowie die Vergütung von Leistungen der Liposuktion bei Lipödem neu geregelt. Beide Beschlüsse treten zum 1. Juli in Kraft. Die Details stellen wir Ihnen im Folgenden vor.

### **Weiterentwicklung Humangenetik**

Die Ausgaben für humangenetische Untersuchungen werden drastisch gekürzt. Der EBA hat dazu gegen die Stimmen der KBV ein umfassendes Sparpaket beschlossen. Der Beschluss tritt zum 1. Oktober 2026 in Kraft.

Das Paket sieht unter anderem eine Absenkung der Bewertung humangenetischer Leistungen sowie die Einführung zusätzlicher Mengenstaffelungen auf Praxisebene vor. Hierdurch soll der Leistungsbedarf für die humangenetische In-vitro-Diagnostik (EBM-Abschnitt 11.4) um 31 Prozent reduziert werden. Die gesetzlichen Krankenkassen, die einen entsprechenden Beschlussentwurf in die Sitzung des EBA eingebracht hatten, begründen die Kürzungen mit „deutlich gesunkenen“ Kosten für die Analysegeräte sowie für die Verbrauchsmaterialien. Aus Sicht der KBV gibt es dafür keinerlei Belege, weshalb sie gegen den Beschlussantrag gestimmt hat und parallel ein entsprechendes Kostengutachten erstellen lässt.

Zum Hintergrund: KBV und GKV-Spitzenverband hatten seit Langem über die Weiterentwicklung der Humangenetik beraten. Ziel war es, die Mengendynamik in der Humangenetik zu begrenzen - ohne die Versorgung zu gefährden. Zugleich sollte die Transparenz bei der Abrechnung erhöht werden. So sieht der Beschluss neben den finanziellen Kürzungen auch verschiedene strukturelle Anpassungen im EBM vor.

Die Verhandlungen waren schließlich aufgrund der völlig überzogenen Kürzungsforderungen des GKV-Spitzenverbandes gescheitert, weshalb der EBA eingeschaltet wurde.

Der nun gefasste Beschluss besteht aus zwei Teilen:

- Teil A mit der inhaltlich-strukturellen Weiterentwicklung des Abschnitts 11.4 EBM
- Teil B mit Empfehlungen für die Finanzierung der Mengendynamik für das Jahr 2026 gegenüber dem Jahr 2025

Im Folgenden möchten wir Ihnen die Änderungen im Detail vorstellen.

### **Kürzungen vor allem bei der Sequenzierung**

Zu größeren Einsparungen soll dem Beschluss zufolge vor allem die Neubewertung und Neustrukturierung der Untersuchungen mittels Sequenzierung zur Diagnostik seltener Erkrankungen (aktuell Gebührenordnungsposition (GOP) 11513) beitragen. Künftig gibt es für die Mutationssuche mittels Sequenzierung in Abhängigkeit von der untersuchten Sequenzlänge vier GOP. Diese GOP sind als Pauschalen einmal im Krankheitsfall berechnungsfähig und unterliegen zur Mengensteuerung neu eingeführten Höchstwerten und einer praxisbezogenen Abstufungsregelung. Die Bewertung ist im Vergleich zur jetzigen GOP 11513 um bis zu 25 Prozent niedriger. Insgesamt wird für die Sequenzierleistungen zur Diagnostik seltener Erkrankungen ein Leistungsbedarf in Höhe von 41 Prozent freigesetzt.

Neu ist darüber hinaus, dass ab Oktober nur noch Humangenetiker sowie Fachärzte mit der Zusatzbezeichnung Medizinische Genetik die Durchführung von besonders umfangreichen Mutationssuchen mit einem Sequenzumfang von mehr als 40 Kilobasen mittels Sequenzierung abrechnen dürfen - für Labormediziner ist dies dann nicht mehr möglich. Der EBA folgt damit der Musterweiterbildungsordnung, nach der insbesondere die humangenetische Diagnostik und ärztliche Beurteilung komplexer genetischer Analysen ausschließlich Inhalt der Weiterbildung der Fachärzte für Humangenetik ist.

Auch die Eigenerbringung der übrigen humangenetischen Untersuchungen wird eingeschränkt: So werden die GOP des Kapitels 11 EBM in den entsprechenden Präambeln der Kinderärzte, Dermatologen sowie Internisten gestrichen. Auch hier handelt es sich um eine Anpassung an die aktuell gültige Fassung der Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer. Für vor dem 1. Oktober 2026 erteilte Genehmigungen zur Durchführung und Abrechnung von Leistungen der

Abschnitte 11.3, 11.4.1 und 11.4.3 EBM wurde eine Übergangsregelung getroffen: Sie gelten bis zum Inkrafttreten einer neuen Qualitätssicherungsvereinbarung für genetische Untersuchungen fort.

### **Überblick: Strukturelle Anpassungen**

Eine wesentliche strukturelle Änderung ist die Einführung einer Zuschlagssystematik für die pathogenetischen GOP des Abschnitts 11.4.3 EBM. So sind künftig Zuschläge zu GOP für spezifische Erkrankungsgruppen berechnungsfähig. Mit dieser Weiterentwicklung soll eine erhöhte Transparenz bezüglich des Leistungsgeschehens und der Mengenentwicklung erzielt werden. Um die Untersuchungen zur Diagnostik nicht-seltener genetischer Erkrankungen in diese Systematik zu integrieren, werden die GOP des Abschnitts 11.4.4 in den Abschnitt 11.4.3 überführt und der Abschnitt 11.4.4 ersatzlos gestrichen.

### **Mengenbegrenzende Maßnahmen**

#### **Bewertungsabsenkungen**

Maßgeblichen Anteil an der Freisetzung von Leistungsbedarf hat die Absenkung der Bewertungen für die molekulargenetischen Untersuchungen des Abschnitts 11.4 EBM. Die Auswirkungen wurden auf Basis der Abrechnungsdaten des Jahres 2024 simuliert. Insgesamt beträgt der Anteil der Bewertungsabsenkungen an der Leistungsbedarfsfreisetzung 56 Prozent.

#### **Höchstwertregelungen**

Mit dem vorliegenden Beschluss werden darüber hinaus neue Höchstwertregelungen im Krankheitsfall eingeführt, die zur Einsparung von Leistungsbedarf beitragen:

- Abschnittübergreifender Höchstwert über alle molekulargenetischen GOP der Abschnitte 11.4.2 und 11.4.3 EBM,
- Methodenübergreifende Höchstwerte für Untersuchungen mittels Sequenzierung mit großem Untersuchungsumfang sowie Untersuchungen auf große Deletionen und Duplikationen (GOP 11726/11727 und 11730) und
- Höchstwerte über die unterschiedlichen GOP für Sequenzierleistungen im Abschnitt 11.4.3 EBM (GOP 11724 bis 11727 und 11732).

Neu eingeführte und bereits bestehende Höchstwertregelungen haben einen Anteil von 20 Prozent an der Leistungsbedarfsfreisetzung des Abschnitts 11.4 EBM.

#### **Praxisspezifische Abstufungen**

Bewertungsabsenkungen und Höchstwertregelungen werden durch die folgenden Abstufungsregelungen auf Praxisebene ergänzt:

- Abstufung der GOP 11302 und 11305 des Abschnitts 11.4.1 EBM für die ärztliche Beurteilung und Befundung komplexer genetischer Analysen,
- Abstufung der GOP 11440 des Abschnitts 11.4.2 EBM für die Diagnostik des hereditären Mamma- und Ovarialkarzinoms,
- Methodenübergreifende Abstufung der Sequenzierleistungen und Untersuchungen auf große Deletionen und Duplikationen des Abschnitts 11.4.3 EBM (GOP 11724 bis 11727, 11730, 11732 und 11743) und
- abschnittsübergreifende Abstufung von GOP für molekulargenetische Untersuchungen, die keiner gesonderten Abstufung unterliegen.

Die neu eingeführten Abstufungsregelungen haben einen Anteil von 24 Prozent an der Leistungsbedarfseinsparung des Abschnitts 11.4 EBM.

### Pränataldiagnostik

Humangenetische Untersuchungen nach den GOP 11716, 11717, 11719, 11724 bis 11727 sowie 11730 sind entsprechend ihrer Legendierung grundsätzlich nur postnatal berechnungsfähig. Mit Ausnahme der GOP 11730 (aktuell GOP 11512) entspricht dies der bisherigen Regelung im EBM. Mit dem Beschluss des BA in seiner 404. Sitzung wurde die Berechnungsfähigkeit von entsprechenden molekulargenetischen Untersuchungen bei vorgeburtlichen Indikationen in der Protokollnotiz Nr. 2 geregelt. In der Bestimmung Nr. 2 zum Abschnitt 11.4 EBM wird mit diesem Beschluss eine Folgeregelung in den EBM aufgenommen, die die Regelung aus der Protokollnotiz ersetzt. Die Leistungen nach den GOP 11716, 11717, 11719, 11724 bis 11727 sowie 11730 sind demnach im Ausnahmefall pränatal berechnungsfähig und erfordern neben der Angabe der medizinischen Notwendigkeit eine Kennzeichnung.

Der aktuell bestehende Abrechnungsausschluss der GOP 01793 für pränatale zytogenetische Untersuchungen im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge neben GOP des Abschnitts 11.4.3 EBM wurde auf die zytogenetischen GOP 11715 bis 11717 beschränkt, die bereits Bestandteil des Leistungsumfangs der GOP 01793 sind. Diese Anpassung ist notwendig, da in bestimmten Fällen in Ergänzung zur Zytogenetik eine weiterführende molekular(zyto)genetische Diagnostik medizinisch notwendig sein kann.

### Änderungen im Abschnitt 11.4.1

Im Abschnitt 11.4.1 EBM sind weiterhin fallbezogene Pauschalen der In-vitro-Diagnostik konstitutioneller genetischer Veränderungen zusammengefasst. Die Anpassungen im Einzelnen:

- Die GOP 11301 wird neu bewertet und die Abrechnung vom Behandlungsfall auf den Krankheitsfall umgestellt.
- Die GOP 11305 wird als Zuschlag zu den GOP 11727 und 11743 neu in den Abschnitt 11.4.1 EBM aufgenommen und vergütet den erhöhten Aufwand für die ärztliche Beurteilung und Befundung von besonders umfangreichen Sequenzanalysen von mehr als 40 Kilobasen. Diese GOP ist, wie auch die GOP 11727 und 11743, ausschließlich von Fachärzten für Humangenetik und Fachärzten mit der Zusatzbezeichnung Medizinische Genetik berechnungsfähig.
- Die GOP 11302 und 11305 unterliegen einer Staffelung je Arztpraxis in Abhängigkeit von der im Quartal für beide GOP abgerechneten Gesamtpunktzahl.
- Die GOP 11303 für die erneute Beurteilung und Befundung von genetischen Varianten unklarer Signifikanz ist zukünftig bereits nach mindestens einem Jahr berechnungsfähig. Damit können die in dieser Zeit erlangten wissenschaftlichen Erkenntnisgewinne entsprechend zeitnah für die Diagnostik genutzt werden.

### Vereinfachung des Abschnitts 11.4.2

Die Struktur des Abschnitts 11.4.2 EBM wird vereinfacht, wobei die Systematik der indikationsbezogenen Einzelleistungen erhalten bleibt. Dabei werden GOP für eine mittlerweile obsolet gewordene Stufendiagnostik in indikationsbezogene Pauschalen überführt und die Leistungslegenden an den aktuellen Stand von Wissenschaft und Technik angepasst. Es ergeben sich die folgenden Änderungen:

- Cystische Fibrose: Streichung der GOP 11351. Der Leistungsinhalt der GOP 11351 wird von der vollständigen Untersuchung entsprechend GOP 11352 umfasst.
- Noonan-Syndrom: Streichung der GOP 11355. Die molekulargenetische Diagnostik wird in der GOP 11356 zusammengefasst und der Leistungsinhalt der GOP 11355 in diese GOP überführt.
- Muskeldystrophie Typ Duchenne-Becker: Streichung der GOP 11370. Die molekulargenetische Diagnostik wird in der GOP 11371 zusammengefasst.
- Myotone Dystrophie Typ 1 und Typ 2: Die Vorgabe der anzuwendenden Untersuchungsmethode wird aus den Leistungslegenden der GOP 11390 und GOP 11395 gestrichen und die Berechnung für die Anwendung weiterer Untersuchungsmethoden geöffnet.
- Hämophilie A: Streichung der GOP 11400. Der Leistungsinhalt der GOP 11400 ist aufgrund der inhaltlichen Anpassung der Leistungslegende der GOP 11401 zukünftig von dieser umfasst.
- Spinale Muskelatrophie: Streichung der GOP 11411. Der Leistungsinhalt der GOP 11411 wird als

fakultativer Leistungsinhalt in die GOP 11410 integriert.

- Marfan-Syndrom Typ I: Streichung der GOP 11445. Die Untersuchungen nach den GOP 11444 und 11445 werden unter der neu gefassten Legendierung der GOP 11444 zusammengefasst.
- Ehlers-Danlos-Syndrom Typ IV: Streichung der GOP 11447. Die Untersuchungen nach den GOP 11446 und 11447 werden von der neu gefassten Leistungslegende der GOP 11446 umfasst.
- Syndrome mit thorakaler Aortenerweiterung: Streichung der GOP 11448. Molekulargenetische Untersuchungen entsprechend GOP 11448 sind zukünftig mit den GOP des Abschnitts 11.4.3 EBM berechnungsfähig.

### **Neustrukturierung des Abschnitts 11.4.3**

Im neu gefassten Abschnitt 11.4.3 EBM „In-vitro-Diagnostik konstitutioneller genetischer Veränderungen“ werden die GOP für die genetische Diagnostik bei syndromalen oder seltenen sowie nicht-seltenen genetisch bedingten Erkrankungen zusammengefasst. Die neue Struktur im Überblick:

- Aufnahme von insgesamt neun Erkrankungsgruppen als verpflichtende Grundleistung für alle in diesem Abschnitt aufgeführten pathogenetischen GOP zur Erhöhung der Transparenz auf Abrechnungsebene (GOP 11700 bis GOP 11708).
- Überführung und Eingliederung der GOP des Abschnitts 11.4.4 EBM für Untersuchungen zur Diagnostik nicht-seltener Erkrankungen in die neue Zuschlagssystematik (GOP 11731 und GOP 11732). Die Unterscheidung zwischen Untersuchungen zur Diagnostik von seltenen oder syndromalen Erkrankungen und nicht-seltenen genetisch bedingten Erkrankungen bleibt durch entsprechend differenzierte Leistungslegenden analog zur derzeitigen Leistungsstruktur bestehen.
- Aufwertung von bisher untervergüteten zytogenetischen Untersuchungen um insgesamt 14 Prozent:
  - Anwendung eines Kulturverfahrens zur Anzucht von Zellen und Präparation der Zellkerne für weitere (molekular-) zytogenetische Analysen (GOP 11715),
  - Bestimmung des konstitutionellen Karyotyps mittels lichtmikroskopischer Bänderungsanalyse (GOP 11716) sowie
  - molekularzytogenetische Charakterisierung konstitutioneller chromosomaler Aberrationen an Inter- oder Metaphasen mittels In-situ-Hybridisierung (GOP 11717).
- Einführung einer neuen Systematik für die Mutationssuche mittels Sequenzierung zur Diagnostik seltener genetisch bedingter Erkrankungen (aktuell GOP 11513):
  - Überführung in insgesamt vier GOP mit unterschiedlichem Sequenzumfang (GOP 11724 bis GOP 11727).
  - Pauschale Abrechnung der Sequenzierung in Abhängigkeit von der ausgewerteten Sequenzlänge.
  - Neue Höchstwertkonstruktion zur Vermeidung der mehrfachen Vergütung bei gleichzeitiger Abrechnung von mehr als einer der vier GOP im Krankheitsfall.
  - Begrenzung der Abrechnung besonders umfangreicher Multigenanalysen von mehr als 40 Kilobasen kodierender Sequenz (GOP 11727) auf Fachärzte für Humangenetik und Fachärzte mit der Zusatzbezeichnung Medizinische Genetik.
- Aufnahme der GOP 11743 für die erneute bioinformatische Auswertung besonders umfangreicher Mutationssuchen mit einem Sequenzumfang von mehr als 40 Kilobasen kodierender Sequenz (GOP 11727) nach Ablauf von mindestens einem Jahr, wenn die medizinische Fragestellung zum Zeitpunkt der ursprünglichen Analyse nicht beantwortet werden konnte. Durch die Einführung der GOP 11743 entfällt das Erfordernis einer erneuten Sequenzierung.
- Die übrigen, aktuell bestehenden GOP 11511, 11512 und 11516 bis 11518 für molekulargenetische Untersuchungen werden mit den GOP 11721 bis 11723, 11728 und 11730 fortgeführt.

### **Finanzierung der Mengendynamik**

Die Krankenkassen werden einmalig zu einer nicht basiswirksamen Nachzahlung in Höhe von 20 Prozent des gegebenenfalls für das Jahr 2026 gegenüber dem Jahr 2025 festzustellenden Mengenwachstums der Leistungen des Abschnitts 11.4 EBM verpflichtet.

Beim Vergleich wird nach Vorgabe des EBA die Absenkung der Bewertungen für das vierte Quartal 2026 nicht korrigiert. Der BA beschließt die Nachzahlungsbeträge bis zum 31. Juli 2027.

### **Mehrkostenregelungen beim Einsatz von Sonderlinsen**

Gegen die Stimmen der KBV hat der EBA eine Anpassung der Nummer 19 der Präambel 2.1 zum Anhang 2 EBM zum 1. Juli beschlossen. Der Beschlussantrag des GKV-Spitzenverbands wurde im EBA zur Abstimmung gestellt, weil im BA in der Januar-Sitzung keine Einigung erzielt werden konnte. Die Klarstellung sieht vor, dass bei der Implantation einer Sonderform der Intraocularlinse auf Wunsch des Versicherten der Eingriff, die postoperative Überwachung und die postoperative Behandlung bereits über den EBM vollständig abgegolten sind. Eine private Liquidation dieser Leistungen ist nicht zulässig, weder teilweise noch gesamthaft. Eine Privatrechnung nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zu stellen und die EBM-Vergütung vom Rechnungsbetrag abzuziehen, ist somit ausgeschlossen.

Gemäß der Intention einer Gesetzesänderung von 2012 sind die Mehrkosten bei der Inanspruchnahme dieser Wahlleistung durch den Versicherten zu tragen.

Nach Ansicht der KBV hat der BA keine Befugnis, eine privatärztliche Leistung festzulegen und zu bewerten. Mit dem Beschluss ist die Vergütung der Implantation einer Sonderform der Intraocularlinse auf Wunsch des Versicherten der Vergütung der Implantation einer Sonderform der Intraocularlinse bei medizinischer Indikation gleichgestellt.

### **Vergütung für die Gabe von Donanemab**

Der BA hat die Vergütung ärztlicher Leistungen für das Arzneimittel Donanemab (Kisunla®) geregelt. Ärzte können die neuen EBM-Leistungen ab 1. Juli abrechnen. Dem Beschluss war eine Prüfung im Zusammenhang mit der frühen Nutzenbewertung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vorausgegangen.

### **Zum Hintergrund:**

Donanemab 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. Donanemab wird alle vier Wochen als intravenöse Infusion über mindestens 30 Minuten angewendet, die Patienten sind nach der Infusion für mindestens 30 Minuten zu beobachten. 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.

Wesentliche Unterschiede zwischen Donanemab und dem ebenfalls zur Behandlung einer leichten kognitiven Störung und leichter Demenz aufgrund der Alzheimer-Krankheit verwendeten monoklonalen Antikörper Lecanemab ergeben sich aus den Vorgaben der Fachinformationen zur Anwendung, insbesondere zu Infusionsdauer, Nachbeobachtung und Dosierungsschema.

### **Neue GOP 02103 zur Infusionstherapie mit Donanemab**

Für die intravasale Infusion mit Donanemab und anschließender Nachbeobachtung wird die neue GOP 02103 „Infusionstherapie mit Donanemab“ in den EBM aufgenommen (147 Punkte). Mit der ersten Anmerkung werden die Vorgaben der Arzneimittel-Richtlinie Anlage III (Übersicht über Verordnungseinschränkungen und -ausschlüsse) des G-BA umgesetzt, denen zufolge die Einleitung und Überwachung der Therapie mit Donanemab ausschließlich durch Fachärzte für Neurologie oder Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie erfolgen dürfen (vgl. Nr. 10a Anlage III). Die zweite und dritte Anmerkung setzen die Vorgaben der Fachinformation um, die unter anderem eine Therapie unter Aufsicht eines interdisziplinären Teams vorsieht, sowie eine Infusion alle vier Wochen (Dosierungsschema) bei einer maximalen Therapiedauer von 18 Monaten und daraus

folgender Berechnungsfähigkeit von höchstens 20 mal pro Patient.

Die Finanzierung dieser Leistung erfolgt zunächst außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV).

#### **Kennzeichnung bestehender GOP für extrabudgetäre Vergütung**

Für die Diagnostik der Amyloid-Beta-Pathologie im Zusammenhang mit der Indikationsstellung der Therapie mit Donanemab rechnen Ärzte für die Lumbalpunktion nach der GOP 02342 ab; dazu werden die Anmerkungen zwei und drei um den Wirkstoff Donanemab ergänzt. Die Abrechnung der Diagnostik mittels MRT-Untersuchung des Neurocraniums vor der Einleitung der Therapie mit Donanemab und im Zusammenhang mit der Therapie mit Donanemab erfolgt mit der GOP 34410; dazu werden die erste und zweite Anmerkung um den Wirkstoff Donanemab ergänzt. Die Kennzeichnung der GOP 02342 und 34410 (Buchstabe A) wurde bereits für die Indikationsstellung der Therapie mit Lecanemab eingeführt und gilt auch im Zusammenhang mit der Gabe von Donanemab.

#### **Ergänzung der GOP 11602 für die Genotypisierung von ApoE**

Für die Bestimmung des ApoE-Genotyps vor der Gabe von Donanemab wird die GOP 11602 im Abschnitt 11.4.5 EBM um den Wirkstoff Donanemab ergänzt. Die Finanzierung dieser Leistung erfolgt, wie bereits festgelegt, zunächst außerhalb der MGV.

#### **GOP 32407 bis 32409 zur Indikationsstellung von Donanemab berechnungsfähig**

Da die Gabe von Donanemab ebenso wie die Gabe von Lecanemab eine bestätigte Amyloid-Beta-Pathologie voraussetzt, wird der Wirkstoff Donanemab in die vierte und fünfte Anmerkung zum Katalog nach den GOP 32385 bis 32398 und 32400 bis 32409 im Abschnitt 32.3.4 EBM aufgenommen. Die GOP 32407 bis 32409 sind jetzt auch im Zusammenhang mit der Indikationsstellung von Donanemab berechnungsfähig, sie sind durch die Angabe einer bundeseinheitlichen Zusatzkennzeichnung (Buchstabe A) zu kennzeichnen. Die Finanzierung dieser Leistungen erfolgt zunächst außerhalb der MGV.

#### **Liposuktion bei Lipödem**

Bei Patientinnen mit Lipödem kann eine Liposuktion unabhängig vom Schweregrad erfolgen. Hierfür hat der BA die Vergütung im Abschnitt 31.2.2 (Definierte operative Eingriffe an der Körperoberfläche) EBM zum 1. Juli neu geregelt - beziehungsweise für entsprechende belegärztliche Eingriffe im Abschnitt 36.2.2 EBM.

**Zum Hintergrund:** Der G-BA hatte im vergangenen Jahr die Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung angepasst: Gesetzlich Versicherte, die an einem Lipödem leiden, können jetzt unabhängig vom Stadium der chronischen Erkrankung (bisher nur Stadium III) unter bestimmten Bedingungen auch operativ - mit einer Liposuktion - behandelt werden. Entsprechende Qualitätsanforderungen hat der G-BA in der Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei Verfahren der Liposuktion bei Lipödem (QS-Richtlinie Liposuktion) festgelegt.

Dem vorausgegangen war eine Erprobungsstudie, die den Nutzen der Liposuktion im Vergleich zur Komplexen Physikalischen Entstauungstherapie gezeigt hatte. Im Rahmen der Studie hatten Patientinnen mit stark ausgeprägtem Lipödem bereits vorübergehend die Möglichkeit zu einer operativen Versorgung. Hierfür waren die GOP 31096 und 31097 für die Fettabsaugung sowie die Kostenpauschale 40165 für die Vergütung der Absaugkanülen bereits Ende 2019 befristet in den EBM aufgenommen worden.

Für die Liposuktion an Unterschenkel, Oberarm und Ellenbogen sowie Unterarm wird die neue GOP 31095 (bzw. GOP 36095) in den EBM aufgenommen (Eingriff der Kategorie AA5 entsprechend Anhang 2). Sie ist mit 4.750 Punkten (605,17 Euro) bewertet.

Der bereits bestehenden GOP 31096 (bzw. GOP 36096) wird neu die Lokalisation Oberschenkel und Knie zugeordnet (Eingriff der Kategorie AA6 entsprechend Anhang 2). Die Bewertung bleibt bei 6.037 Punkten (769,14 Euro). Die bestehenden GOP 31097 und 36097 entfallen.

Mit Verweis auf die QS-Richtlinie Liposuktion werden entsprechende Anforderungen in den Bestimmungen zum Abschnitt 31.2.2 (bzw. 36.2.2) und weitere Anmerkungen zu den GOP aufgenommen: So muss eine Überweisung vorliegen, in der ein Vertragsarzt der in der QS-Richtlinie Liposuktion festgelegten Fachgruppen bestätigt, dass die entsprechenden Diagnosekriterien und Indikationsvoraussetzungen vorliegen. Der Operateur muss den BMI und gegebenenfalls die Waist-to-height-ratio dokumentieren.

Die bereits bestehenden Zeitzuschläge nach der GOP 31098 (bzw. GOP 36098) werden an die neuen Leistungen angepasst. Sie können bei Simultaneingriffen zu den GOP 31095 und GOP 31096 (bzw. GOP 36095 und GOP 36096) sowie bei Überschreitung der Schnitt-Naht-Zeit von 120 Minuten mit medizinischer Begründung zur GOP 31096 (bzw. GOP 36096) berechnet werden. Die Kostenpauschale 40165 bleibt berechnungsfähig.

Bei den weiteren Änderungen handelt es sich um Folgeanpassungen, die sich durch die Aufnahme, Änderung beziehungsweise Streichung der GOP ergeben.

#### **Entfristung und Finanzierung**

Der BA hatte die bestehenden Regelungen zur Abrechnung der Liposuktion zuletzt bis zum 30. Juni 2026 verlängert. Diese werden nun unter Berücksichtigung der Änderungen entfristet. Die Empfehlung zur Finanzierung der Kostenpauschale 40165 außerhalb der MGV gilt unverändert weiter.

#### **Hinweis zur Veröffentlichung**

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

---

## **ePA-Erstbefüllung bleibt weiterhin berechnungsfähig**

Der Bewertungsausschuss (BA) hat die Leistung zur Erstbefüllung der elektronischen Patientenakte (ePA) letztmalig bis 31. Dezember 2026 verlängert. Die Gebührenordnungsposition (GOP) 01648 für die ePA-Erstbefüllung bleibt mit 89 Punkten (11,34 Euro) und Finanzierung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung unverändert. Bei Entfallen der gesetzlichen Grundlage für diese Leistung tritt der Beschluss vorzeitig außer Kraft. Mit einem Gesetzesvorhaben wird die vom BA bisher beschlossene Prüfung zur Anpassung der Leistungsstruktur im Zusammenhang mit Tätigkeiten bei der ePA im EBM obsolet.

Zum Hintergrund: Gemäß dem vorgesehenen Gesetz zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz) sollen Leistungen im Zusammenhang mit der ePA für Vertragsärzte, Krankenhäuser, Zahnärzte und Apotheken nicht mehr gesondert vergütet werden. Diese Regelung soll nach jetzigem Stand des Gesetzentwurfes zum 1. Januar 2027 in Kraft treten.

#### **Hinweise zum Inkrafttreten und zur Veröffentlichung**

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

## Musterverfahren der Hausärzte bzgl. der Budgetierung bei TSVG- bzw. Corona-Kennzeichnung

Mit Urteil vom 20. Mai 2026 hat das Sozialgericht Hannover zum Thema „Budgetierung der Gesprächsleistung (GOP 03230) bei TSVG- bzw. Corona-Kennzeichnung“ (Az.: S 71 KA 58/21) die Klage abgewiesen, da kein weiterer Anspruch auf Vergütung bestehe. Die Budgetierung der Gesprächsleistungen verstoße nicht gegen höherrangiges Recht, insbesondere nicht gegen §87a Absatz 3 Satz 5 Nr. 3 bzw. Nr. 5 SGB V. Im Rahmen dieser Regelung werde nicht die Vergütung der Leistungen nach der Gebührenordnung, sondern die Höhe der Gesamtvergütung vereinbart. Die Vereinbarung der Gesamtvergütung, die Bewertung der einzelnen Leistungen und die Honorarverteilung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen betreffen jeweils völlig unterschiedliche Ebenen und Verhältnisse. Mit diesen Regelungen werde insgesamt eine Budgetierung auf der Ebene der Gesamtvergütung verhindert, nicht aber auf der Ebene der Leistungsbewertung.

Mit dieser Gerichtsentscheidung ist das Musterverfahren beendet.

---

## Digitale Gesundheitsanwendung „Axia“: ab Juli neue Leistungen im EBM

Für die digitale Gesundheitsanwendung (DiGA) „Axia“ werden ab 1. Juli zwei neue Leistungen in den EBM aufgenommen. Das hat der Bewertungsausschuss beschlossen. Über die Einzelheiten möchten wir Sie nachfolgend informieren.

### Zwei neue GOP für „Axia“

Damit die Verlaufskontrolle und Auswertung der App ab dem 1. Juli berechnet werden kann, wurde der EBM wie folgt angepasst:

- Im Abschnitt 1.4 „Arztgruppenübergreifende allgemeine Gebührenordnungspositionen“ wird die Gebührenordnungsposition (GOP) 01483 (64 Punkte / 8,15 Euro) aufgenommen.
- Im Abschnitt 30.7.1 „Schmerztherapeutische Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten“ wird gleichzeitig die GOP 30782 (64 Punkte / 8,15 Euro) aufgenommen, damit auch Ärzte mit einer Genehmigung der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung gemäß Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten (Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie) gemäß § 135 Abs. 2 SGB V diese Leistungen berechnen können.

Beide GOP sind einmal je Behandlungsfall, aber höchstens zweimal im Krankheitsfall berechnungsfähig.

„Axia“ wird für Menschen mit axialer Spondyloarthritis eingesetzt. Die App soll nach Angaben des Herstellers durch Bewegungsübungen und edukative Inhalte die Therapie unterstützen.

„Axia“ wurde im Februar dauerhaft ins DiGA-Verzeichnis aufgenommen.

### Hinweis zur Veröffentlichung

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

# Teilnahme an Hilfekonferenzen bei Komplexversorgung von Erwachsenen wird ab 1. Juli vergütet

Der ergänzte Bewertungsausschuss (ergBA) hat zum 1. Juli Änderungen bei der Komplexversorgung schwer psychisch kranker Erwachsene beschlossen. Dazu gehören unter anderem zwei Leistungen für die Teilnahme an Hilfekonferenzen. Näheres zum Beschluss von KBV, GKV-Spitzenverband und Deutscher Krankenhausgesellschaft stellen wir Ihnen nachfolgend vor.

Hintergrund: Der ergEBA hat am 4. Juli 2022 mit Wirkung zum 1. Oktober 2022 mehrere Leistungen zur Vergütung der ambulanten Komplexversorgung schwer psychisch kranker Erwachsener in den EBM aufgenommen. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am 21. August 2025 die Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlungsbedarf geändert. Der Beschluss trat am 10. Dezember 2025 in Kraft. Damit wurden Inhalt, Struktur und Organisation der KSVPsych-Versorgung angepasst.

## Neue Leistungen

Mit dem G-BA-Beschluss wurde die Teilnahmemöglichkeit von Netzverbundmitgliedern (Ärzte, Psychotherapeuten, Kooperationspartner, Koordinationsperson etc.) an leistungsbereichsübergreifenden Hilfekonferenzen (SGB-übergreifende Hilfekonferenz) ergänzt.

Für die Teilnahme hat der ergBA nun die Aufnahme folgender Leistungen im EBM beschlossen:

GOP 37555 für die SGB-übergreifende Hilfekonferenz

- 128 Punkte je vollendete 10 Minuten; höchstens viermal im Krankheitsfall berechnungsfähig
- Die Hilfekonferenz kann auch per Video erfolgen, der Technikzuschlag für Videosprechstunden (GOP 01450) ist im Zusammenhang mit der GOP 37555 dementsprechend berechnungsfähig.
- Die GOP 37555 ist von Ärzten und Psychotherapeuten berechnungsfähig, die nach Kapitel 14, 16, 21, 22 oder 23 des EBM Leistungen berechnen dürfen.

GOP 37556 als Zuschlag zur GOP 37555 bei Teilnahme eines nichtärztlichen beziehungsweise nichtpsychotherapeutischen Kollegen oder auch mehrerer solcher Kollegen:

- 128 Punkte je vollendete 10 Minuten; höchstens viermal im Krankheitsfall berechnungsfähig
- Die GOP ist ausschließlich durch den Bezugsarzt beziehungsweise Bezugspsychotherapeuten berechnungsfähig
- Die Vergütung der GOP 37556 ist durch den Bezugsarzt beziehungsweise Bezugspsychotherapeuten an den oder an die entsprechenden nichtärztlichen beziehungsweise nichtpsychotherapeutischen Teilnehmer zu verteilen.

## Hinweise zur Veröffentlichung

Den kompletten Beschluss und die entscheidungserheblichen Gründe können Sie auf der [Inter-netseite der KBV](#) einsehen.

 **Verordnung**

## Sprechstundenbedarf - Import von Xylocain Gel 2% bis zum 7. Juli 2026 erneut 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 7. Juli 2026 verlängert wird.

---

## Long/Post-COVID: Änderung Anlage VI Arzneimittel-Richtlinie - Metformin

Mit Wirkung vom 11. Juni 2026 ist Metformin in folgendem nicht zugelassenen Anwendungsgebiet zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen verordnungsfähig geworden:

**Prophylaxe von Long/Post-COVID innerhalb von 3 Tagen nach Diagnosestellung einer akuten SARS-CoV-2-Infektion bei Erwachsenen und Jugendlichen ab 16 Jahren mit dem Risikofaktor Übergewicht/Adipositas (BMI >25) und COVID-19 Symptomen über weniger als 7 Tage.**

Ziel der Behandlung mit einer Dauer von 14 Tagen ist die Prophylaxe von Long/Post-COVID.

Details zu weiteren Therapievoraussetzungen, der Dosierung und Gegenanzeigen finden Sie [hier](#)

Sowie unter der Ziffer XLV in der Anlage VI der [Arzneimittel-Richtlinie](#)

---

## Long/Post-COVID: Änderung Anlage VI Arzneimittel-Richtlinie - Ivabradin

Mit Wirkung vom 11. Juni 2026 ist Ivabradin in folgendem nicht zugelassenen Anwendungsgebiet zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen verordnungsfähig geworden:

**Erwachsene Patientinnen und Patienten mit COVID-19-assoziiertem Posturalem orthostatischem Tachykardiesyndrom (PoTS), die eine Therapie mit Betablockern nicht tolerieren oder für diese nicht geeignet sind.**

Behandlungsziel ist die Verringerung der mit der erhöhten Herzfrequenz assoziierten Symptome und die Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität.

Weitere Einzelheiten zu Gegenanzeigen, Dosierung und Behandlungsdauer finden Sie [hier](#)  
Sowie unter der Ziffer XLIV in der Anlage VI der [Arzneimittel-Richtlinie](#)

Die folgenden pharmazeutischen Unternehmer haben für ihre Ivabradin-haltigen Arzneimittel eine Anerkennung des bestimmungsgemäßen Gebrauchs abgegeben (Haftung des pharmazeutischen Unternehmers), sodass ihre Arzneimittel für die vorgenannte Off-Label-Indikation verordnungsfähig sind: 1 A Pharma GmbH, 2care4 GmbH, AbZ-Pharma GmbH, betapharm Arzneimittel GmbH, CC Pharma GmbH, PUREN Pharma GmbH & Co. KG, ratiopharm GmbH, TAD Pharma GmbH.

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

---

## Long/Post-COVID: Änderung Anlage VI Arzneimittel-Richtlinie - Agomelatin

Seit dem 11. Juni 2026 ist der Wirkstoff **Agomelatin** als mögliche Behandlungsoption bei Long/Post-COVID in folgenden nicht zugelassenen Anwendungsgebieten zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen verordnungsfähig geworden:

**Zur Behandlung der Fatigue bei Erwachsenen mit postinfektiöser myalgischer Enzephalomyelitis/ Chronischem Fatigue-Syndrom (ME/CFS) und bei Long/Post-COVID.**

Behandlungsziel ist die Verbesserung von Fatigue und die Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität.

Details zu Verordnungsvoraussetzungen, Dosierung und Behandlungsdauer finden Sie [hier](#)

Sowie unter der Ziffer XLIII in der Anlage VI der Arzneimittel-Richtlinie [hier](#)

Die folgenden pharmazeutischen Unternehmer haben für ihre Agomelatin-haltigen Arzneimittel eine Anerkennung des bestimmungsgemäßen Gebrauchs abgegeben (Haftung des pharmazeutischen Unternehmers), sodass ihre Arzneimittel für die vorgenannte Off-Label-Indikation verordnungsfähig sind: AbZ-Pharma GmbH, betapharm Arzneimittel GmbH, CC Pharma GmbH, PUREN Pharma GmbH & Co. KG, ratiopharm GmbH, Servier Deutschland GmbH, TAD Pharma GmbH.

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

---

## Long/Post-COVID: Änderung Anlage VI Arzneimittel-Richtlinie - Vortioxetin

Mit Wirkung vom 11. Juni 2026 ist Vortioxetin als mögliche Behandlungsoption bei Long/Post-COVID in dem folgenden nicht zugelassenen Anwendungsgebiet zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen verordnungsfähig geworden:

**Behandlung kognitiver Beeinträchtigungen und / oder depressiver Symptome bei erwachsenen Patientinnen und Patienten mit Long/Post-COVID**

Behandlungsziel ist die Verbesserung kognitiver Funktionen, Verbesserung depressiver Symptomatik, Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität.

Detail zu Verordnungsvoraussetzungen, Gegenanzeigen, Dosierung und Behandlungsdauer finden Sie im entsprechenden G-BA-Beschluss [hier](#)

Sowie unter der Ziffer XLVI in der Anlage VI der [Arzneimittel-Richtlinie](#)

Folgende pharmazeutischen Unternehmer haben für ihre Vortioxetin-haltigen Arzneimittel eine Anerkennung des bestimmungsgemäßen Gebrauchs abgegeben (Haftung des pharmazeutischen Unternehmers), sodass ihre Arzneimittel für die vorgenannte Off-Label-Indikation verordnungsfähig sind: 2care4 GmbH, CC Pharma GmbH.

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

#### Hinweis

Derzeit ist für Vortioxetin aufgrund fehlender Marktpräsenz in Deutschland keine Verordnung nach Anlage VI möglich. Der G-BA-Beschluss ist insofern als Vorratsbeschluss zu verstehen, für den Fall, dass sich die Marktverfügbarkeit ändert. Ein Einzelimport von Vortioxetin aus dem Ausland erfordert eine entsprechende vorherige Genehmigung der jeweiligen Krankenkasse, ansonsten besteht ein sehr hohes Regressrisiko.



## Allgemeine Hinweise

### **Hausarztzentrierte Versorgung der AOK Niedersachsen: Pflegeheimversorgung**

Zum Start des Abrechnungsquartals verfügt das AOK-Arztportal über Zusatzleistungen für Versicherte, die erstmals und auf Dauer in ein Pflegeheim aufgenommen werden. Die hausärztlich koordinierte Pflegeheimversorgung umfasst sowohl ein strukturiertes Aufnahme-Assessment (75 Euro, GOP 99200) als auch die Vorsorgeplanung und Erstellung einer Patientenverfügung (50 Euro, GOP 99201) sowie eine delegierbare Quartalsbetreuung (25 Euro, GOP 99204). Die Leistungsdokumentation erfolgt vollständig im AOK-Arztportal, anschließend werden die abrechnungsrelevanten GOP der KVN übermittelt.

Nähere Informationen jederzeit abrufbereit im KVN-Portal: Rubrik „Verträge“ >> Suchbegriffe „Hausarzt“ oder „koordinierte Pflegeheimversorgung“ >> „AOK Niedersachsen“

---

### **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.

### **Dienstag, 18. August 2026**

- [Qualitätsmanagement ganz einfach](#) (WebSeminar)

### **Mittwoch, 19. August 2026**

- [Moderne Wundversorgung](#) (Hannover)
- [Abläufe im Fokus - Der Check-up für die Praxis](#) (WebSeminar)
- [Niederlassungsseminar Modul I „Meine eigene Praxis - Impulse für Ihren Start“](#) (WebSeminar)
- [Update Digitalisierung: Die elektronische Patientenakte](#) (WebSeminar)

### **Mittwoch, 26. August 2026**

- [Arzneimittelverordnungen](#) (WebSeminar)
- [Gesetzliche Unfallversicherung - Zusammenarbeit und Abrechnung mit Berufsgenossenschaft und Unfallkasse](#) (Hannover)
- [Einfach sicher: Die IT-Sicherheitsrichtlinie für Nicht-ITler](#) (WebSeminar)
- [Qualitätsmanagement - Der QEP-Zielkatalog](#) (WebSeminar)
- [Händehygiene mit praktischen Übungen](#) (Hannover)
- [Impfungen](#) (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 Juli 2026 finden Sie [hier](#).

Oder Sie besuchen unsere [Internetseite](#)

## Impressum

### **KVNachrichten**

Das Rundschreiben der  
Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen  
2. Jahrgang, Nr. 07/2026

### **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 Abhauer, Sandra Meyer

### **Anschrift der Redaktion:**

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

### **Bildnachweis**

S. 1 oben: Seifert; S. 1 unten links: Hofmann; S. 1 unten rechts: Fielitz;  
S. 4: Seifert; S. 5: Hofmann; S. 6: Haffke; S. 7: Lucke; S. 10: Müller; S.  
11: Fielitz.

**Juli Ausgabe 2026 veröffentlicht am 10. Juli 2026**