

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

KVNachrichten

Das Rundschreiben der Kassenärztlichen
Vereinigung Niedersachsen

06/2026



Editorial. Gesundheitspolitische Lage bleibt weiter schwierig. - Seite 4

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

Labor kompakt. Borreliose-Diagnostik. - Seite 9

Inhalt – KVNachrichten 06/2026



Editorial



Nachrichten

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



ATIS informiert

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



Abrechnung

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



Verordnung

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



Allgemeine Hinweise

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



Amtliches

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

 **Editorial**

Liebe Mitglieder,

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

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

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

Ihre

Mark Barjenbruch, Vorstandsvorsitzender der KVN

Thorsten Schmidt, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der KVN

Nicole Löh, Vorständin der KVN



 **Nachrichten**

Zahlreiche Gesetze im deutschen Gesundheitswesen in der Pipeline

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

Gesetz zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung

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

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

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

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

Der weitere Fahrplan:

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

Gesetz zur Reform der Notfallversorgung

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

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

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

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

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

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

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

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

Der weitere Fahrplan:

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

Gesetz zur Weiterentwicklung der Apothekenversorgung

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

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

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

Der weitere Fahrplan:

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

Gesetz für Daten und digitale Innovation im Gesundheitswesen

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

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

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

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

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

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

Der weitere Fahrplan:

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

Gesetz zur Stärkung von Medizinregistern und zur Verbesserung der Medizinregisterdatennutzung

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

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

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

Der weitere Fahrplan:

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

Warnung vor Cyberangriffen: Praxen sollen aufmerksam sein

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

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

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

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

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

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

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

KVN-Barometer 2026: Nehmen Sie bitte teil!

Ihre Meinung zu den Dienstleistungen der KVN ist wichtig

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

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

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

Die Befragung endet am 28. Juni 2026

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

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

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

Wirtschaftsweise sehen Pharmaindustrie und Krankenhäuser als Kostentreiber

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

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

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



KVN-Vorstandsvorsitzender Mark Barjenbruch

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

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

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

Labor kompakt

Neue Ausgabe zum Thema Borreliose-Diagnostik veröffentlicht

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



Die neue Ausgabe steht ab sofort

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

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

Mehr Informationen

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

[KBV-Themenseite Labordiagnostik](#)

Pflanzen in Praxisräumen

Informationen zu Hygiene und Medizinprodukten

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

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

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

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

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

Hygiene-Berater der KV-Niedersachsen

Frau Marlen Hilgenböker

Telefon: 0511 380-3311

Frau Sandra Dombrowsky

Telefon: 0511 380-3637

E-Mail: Hygiene@kvn.de

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

KV Niedersachsen startet herstellerneutrale Beratung für Praxisverwaltungssysteme und digitale Tools.

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

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

lungen können zudem den Arbeitsalltag erheblich erschweren.

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

Die Beratung umfasst unter anderem:

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

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

Terminvereinbarung

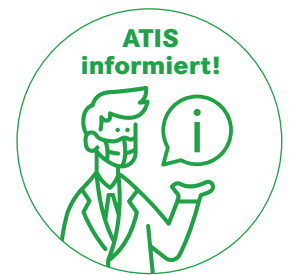
Team eHealth und Digitalisierung in der Versorgung

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

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



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



Pregabalin: Ist eine Verordnung außerhalb der zugelassenen Indikationen vertretbar?

Frage an ATIS

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

Antwort von ATIS

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

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

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

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

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

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

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

Literatur

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

[2] Fachinformation Pregabalin Pfizer Hartkapseln, Stand Mai 2024

Autor

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



Abrechnung

Abgabetermin Quartalsabrechnung 2/2026

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Außerklinische Intensivpflege: Folgeverordnung im Rahmen einer Videosprechstunde

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

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

Näheres zum EBM-Beschluss

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

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

Hinweis zur Veröffentlichung

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

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

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

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

Zuschläge befristet in den EBM aufgenommen

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

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

Hinweise zur Abrechnung

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

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

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

Hinweise zur Kalkulation der Zuschläge

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

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

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

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

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

Hinweis zur Veröffentlichung

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

 **Verordnung**

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

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

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

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

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

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

Andembry® (Garadacimab) als Praxisbesonderheit anerkannt

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

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

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

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

Die weiteren Vorgaben der Fachinformation sind zu berücksichtigen.

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

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

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

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



Allgemeine Hinweise

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

Das sind die wesentlichen Neuerungen:

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

Hinweise zur Veröffentlichung

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

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

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

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

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

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

Weitere DMP-Schulungen Im Videoformat möglich

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

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

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

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

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

Informationen zu DEMIS für niedergelassene ärztlich Tätige

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

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

[Weitere Informationen](#)

Seminarangebot der KVN

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

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

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

Kooperationsanfragen an Mitglieder

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

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



Ausschreibungen für Nachfolgezulassungen in gesperrten Planungsbereichen

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

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

Oder Sie besuchen unsere [Internetseite](#)

Impressum

KVNachrichten

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

Herausgeber:

Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen
Berliner Allee 22, 30175 Hannover

Redaktionsausschuss:

Mark Barjenbruch, Thorsten Schmidt, Nicole 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: Müller; S. 1 unten links: Seifert; S. 1 unten rechts: Haffke; S.
4 und S. 9: Müller; S. 10: Seifert.

Juni Ausgabe 2026 veröffentlicht am 11. Juni 2026