

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

KVNNachrichten

Das Rundschreiben der Kassenärztlichen
Vereinigung Niedersachsen

09/2026



GKV-Spargesetz. Bundesregierung setzt einnahmenorientierte Ausgabenpolitik um — **ab Seite 6**

Ambulante Versorgung vor Herausforderungen. Pressekonferenz in Aurich. — **Seite 11**

KVN vor Ort auf Norderney. Wie gelingt verlässliche ambulante Versorgung. — **Seite 13**

Inhalt – KVNachrichten 09/2026



Editorial



Nachrichten

Das GKV-Spargesetz	6
Neuer Honorarverteilungsmaßstab in Planung	8
GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz	9
Was können die Praxen machen?	9
Positiver Trend bei der hausärztlichen Versorgung in Niedersachsen	10
Ambulante Versorgung in Niedersachsen vor großen Herausforderungen.	11
Viele gute Gespräche und interessante Begegnungen	12
KVN vor Ort auf Norderney	13
Wie können Patienten schneller die passende medizinische Versorgung erhalten? ...	13
Kostenstrukturhebung 2025	14
Gemeinsam statt einsam.	15



Abrechnung

Abgabetermin Quartalsabrechnung 3/2026	16
Mitteilung der fachgruppendurchschnittlichen Obergrenze für Kontrastmittel für das Quartal 4/2026	17
Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM Teil B Nr. 16.1 und 16.2 für das 4. Quartal 2026 - Fachgruppendurchschnittswerte für Laborindividualbudgets.	17
Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM für das 4. Quartal 2026 für alle dem RLV unterliegenden Arztgruppen des fachärztlichen Versorgungsbereichs	18
Erste Beschlüsse zur Umsetzung des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes gefasst	18



Verordnung

BStabG - Entfall der gesetzlichen Grundlage für bundesweite Praxisbesonderheiten ...	20
Aktuelle Änderungen im Sprechstundenbedarf	20
Cannabistherapie - gesetzliche Anpassungen durch BStabG zum 30. Juli 2026 Update vom 21. August 2026 Vorrang für Cannabis-Fertigarzneimittel off-label	21
Covid-19-Impfstoffe für Kinder zwischen 5 und 11 Jahren ab dem 1. September 2026 nur noch als Sprechstundenbedarf.	22



Allgemeine Hinweise

Achtung: Berichtigung zum Rundbrief 86/2026 vom 4. August 2026 „Update zur AOK-HPV-Impfvereinbarung	24
Neue indikationsübergreifende Teilnahme- und Einwilligungserklärungen (TE/EWE) im Rahmen der Disease-Management-Programme (DMP) ab 1. Oktober 2026	24
Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) verbessert das Neugeborenen-Hörscreening . .	24
DMP-Datenstelle IQVIA Health System Services GmbH (ehemals DAVASO) ab 1. Oktober 2026 mit neuer KIM-Adresse	25
Besondere Versorgung zur Behandlung von Gestationsdiabetes und sonstigen Diabetesformen durch Diabetologische Schwerpunktpraxen (GDM-DM3-Vertrag): BKK Deutsche Bank ab 1. Oktober 2026 neu dabei.	26
Ende des Vertrages über den ambulanten Einsatz von Smart-Ereignis-Rekordern zur Erfassung von Herzrhythmusstörungen am 30. September 2026.	27
Kooperationsanfragen an Mitglieder.	27



Veranstaltungen



Amtliches

Ausschreibungen für Nachfolgezulassungen in gesperrten Planungsbereichen	29
--	----

 Editorial

Liebe Leserinnen und Leser,

das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz wird die ambulante Versorgung der Patientinnen und Patienten in Niedersachsen spürbar verschlechtern. Mit dem Gesetz verfolgt die Bundesregierung nach eigenen Angaben eine einnahmeorientierte Ausgabenpolitik. Die Folge kann jedoch nur ein einnahmeorientiertes Leistungsangebot der Praxen sein. Dafür ist die Politik verantwortlich.

Bereits heute wird die Arbeit der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte nicht vollständig vergütet. Mit dem GKV-Spargesetz drohen in Niedersachsen jährlich insgesamt rund 380 Millionen Euro weniger für die ambulante Versorgung, allein 220 Millionen Euro durch die wegfallenden Leistungen bzw. die Leistungen, die zukünftig nur noch aus der morbiditätsgewichteten Gesamtvergütung (MGV) vergütet werden. Bei einer Kürzung der Mittel in dieser Größenordnung, sind die Praxen gezwungen, ihr Leistungsangebot einzuschränken, um wirtschaftlich überleben und ihre Patientinnen und Patienten weiterhin versorgen zu können.

Die Auswirkungen werden in jeder Praxis spürbar sein - ob hausärztlich, fachärztlich oder psychotherapeutisch. Konkret drohen

- weniger verfügbare Termine
- längere Wartezeiten
- Aufnahmestopps für neue Patientinnen und Patienten
- Einschränkungen bei Prävention und Vorsorge
- weniger ambulante Operationen.

Gleichzeitig wird sich der Fachkräftemangel verschärfen, Investitionen werden zurückgestellt und Personal in den Praxen abgebaut. Zudem wird das Gesetz die Flucht von Ärzten und Psychotherapeuten in den vorzeitigen Ruhestand vorantreiben. Darüber hinaus werden fast alle bislang nicht budgetierten Leistungen gestrichen. Dies hat zur Folge, dass in Zukunft fast alle Leistungen nur noch quotiert bezahlt werden.

Besonders problematisch ist der geplante Wegfall der extrabudgetären Vergütung sogenannter TSVG-Termine. Mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) wurden zusätzliche Anreize geschaffen, kurzfristige Facharzttermine bereitzustellen. Dadurch konnten Wartezeiten reduziert und der Zugang zur ambulanten Versorgung verbessert werden. Allein in Niedersachsen erfolgten im Jahr 2025 rund 250.000 Terminvermittlungen durch die Terminservicestelle der KVN.

Davon betroffen wären vor allem Patientinnen und Patienten mit akuten Beschwerden oder neu auftretenden Erkrankungen, bei denen eine schnelle Diagnostik und Behandlung entscheidend ist. Verzögerungen können dazu führen, dass Krankheiten später erkannt werden und aufwendigere sowie kostenintensivere Behandlungen notwendig werden.



Darüber hinaus würde sich der Druck auf andere Bereiche des Gesundheitswesens erhöhen. Wenn ambulante Termine schwerer verfügbar sind, suchen mehr Menschen die Notaufnahmen der Krankenhäuser auf, obwohl ihre Beschwerden eigentlich ambulant behandelt werden könnten. Das belastet die ohnehin angespannten Krankenhausstrukturen zusätzlich.

Ein weiteres Problem ist der Verlust von Vertrauen in die Verlässlichkeit gesundheitspolitischer Entscheidungen. Erst werden Regelungen geschaffen, die die ambulante Versorgung stärken sollen, dann werden sie wieder zurückgenommen - das gilt zum Beispiel für die Entbudgetierung der Haus- und Kinderärzte sowie die TSVG-Regelungen. Das erschwert jede langfristige Planung. Gerade Arzt- und Psychotherapeutenpraxen sind jedoch auf Planungssicherheit angewiesen, um Personal einzustellen, Investitionen vorzunehmen und ihre Versorgung dauerhaft sicherzustellen.

Zudem sendet das Gesetz ein fatales Signal an den dringend benötigten ärztlichen und psychotherapeutischen Nachwuchs. Wer heute über eine Niederlassung nachdenkt, braucht die Gewissheit, dass politische Rahmenbedingungen Bestand haben. Fehlt diese Verlässlichkeit, werden sich noch weniger junge Ärztinnen, Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten für die eigene Praxis entscheiden. Die Folge werden weitere Versorgungslücken sein - insbesondere in ländlichen Regionen.

Dabei zeigt ein Blick auf die Zahlen, wie effizient die ambulante Versorgung bereits heute arbeitet: Die Praxen bewältigen bundesweit rund 97 Prozent aller Behandlungsfälle, sind aber nur für etwa 16 Prozent der Gesamtausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung verantwortlich.

Es muss gespart werden. Doch Einsparungen dürfen nicht zulasten der ambulanten Versorgung erfolgen. Wer an dieser Stelle kürzt, riskiert längere Wartezeiten, schlechtere Behandlungsmöglichkeiten und zusätzliche Belastungen für Krankenhäuser und Patientinnen und Patienten.

Stattdessen sollte die Bundesregierung die gesetzliche Krankenversicherung endlich von der Finanzierung versicherungsfremder Leistungen entlasten. Allein dadurch ließen sich Milliardenbeträge einsparen - ohne die medizinische und psychotherapeutische Versorgung der Menschen zu verschlechtern. Das wäre ein nachhaltiger Beitrag zur Stabilisierung der Finanzen - zum direkten Vorteil der Patientinnen und Patienten.

Wenn Sie Fragen zum GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz haben wenden Sie sich vertrauensvoll an Ihre KVN-Bezirksstelle. Wenn Sie rechtliche Fragen zur Ausgestaltung Ihres zukünftigen Praxisangebots haben, schreiben Sie eine E-Mail an recht@kvn.de

In den kommenden Monaten wird Sie der Vorstand persönlich auf Bezirksstellenversammlungen über das Gesetz informieren.

Mark Barjenbruch, Vorstandsvorsitzender der KVN

Thorsten Schmidt, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der KVN

Nicole Löhr, Vorständin der KVN



Nachrichten

Das GKV-Spargesetz

Bundesregierung setzt einnahmenorientierte Ausgabenpolitik um

Am 10. Juli 2026 hat der Bundestag das umstrittene GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz verabschiedet, der Bundesrat hat es noch am selben Tag gebilligt. Die Bundesregierung setzt damit - trotz vehementer Proteste des KV-Systems und vieler Berufsverbände - ab 2027 eine strenge, nach eigener Aussage „einnahmenorientierte Ausgabenpolitik“ um. Für die vertragsärztliche und vertragspsychotherapeutische Versorgung in Niedersachsen bringt dieses Gesetz deutliche Einschnitte mit sich - die Höhe der Vergütung richtet sich künftig vor allem nach der Kassenlage der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Für die Praxen in Niedersachsen bedeutet das je nach Fachgruppe deutliche Mindereinnahmen: Bislang extrabudgetär vergütete Leistungen werden - von wenigen Ausnahmen abgesehen - in die MGV geführt, die volle TSVG-Vergütung (inkl. Zuschläge) wird gestrichen - und die Honorarentwicklung wird strengstens limitiert.

Die Grundlohnrate wird ab 2027 als feste Obergrenze für Vergütungssteigerungen im vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Bereich gesetzt. Das heißt: Die Gesamtvergütungen sollen künftig nicht stärker steigen als die Entwicklung der Grundlohnsumme. Hinzu kommt eine zweite Stufe der Begrenzung: Für die Jahre 2027, 2028 und 2029 soll die maßgebliche Veränderungsrate jeweils um einen Prozentpunkt reduziert werden. Im Gesetz wird dies damit begründet, dass die Grundlohnrate in diesen Jahren voraussichtlich mit rund vier Prozent ungewöhnlich hoch ausfallen werde; deshalb werde ein Abschlag von einem Prozentpunkt vorgenommen.

Ein weiterer zentraler Punkt des Gesetzes ist die Rücknahme der verbliebenen TSVG-Vergütungsregelungen. Ursprünglich sollten GKV-Versicherte durch die Einführung der TSVG-Regelungen schneller Arzttermine bekommen, insbesondere in fachärztlichen Praxen. Mit den Regelungen wurden auch Steuerungsinstrumente geschaffen, um dringende Fälle bevorzugt zu vermitteln. Diese Honorarbestandteile fallen künftig weg - nicht aber etwa die Vorgaben zur Vorhaltung dieser Leistungen, wie etwa die Verpflichtung zu 25 Sprechstunden pro Woche, das Angebot von fünf offenen Sprechstunden oder die Bereitstellung von Terminen über die TSS (jeweils für bestimmte Fachgruppen).

Hier die wichtigsten Punkte dieses Spargesetzes für die fachärztlichen, haus- und kinderärztlichen und psychotherapeutischen Praxen im Überblick:

1. Auswirkungen auf die fachärztlichen Praxen

Derzeit werden die TSVG-Fälle zu 100 Prozent bezahlt - also zum vollen mit den Krankenkassen vereinbarten Preis. Darüber hinaus gibt es teilweise noch Zuschläge auf die Grund- oder Versichertenpauschale. Durch den Wegfall der TSVG-Vergütungsregelungen landen diese Fälle wieder in der MGV - unterliegen also wieder der Budgetierung. Außerdem werden die Zuschläge nicht mehr bezahlt. Bei Praxen, die einen hohen Anteil ihres Honorars über TSS-Fälle, Hausarztvermittlungsfälle und offene Sprechstunden erzielen, wird es durch den Wegfall der TSVG-Vergütungsregelungen zu drastischen Honorareinbußen kommen.

Auswirkungen des Beitragssatzstabilisierungsgesetzes auf den „Durchschnittsarzt“ je Fachgruppe auf Basis des Quartals 4/2025

Fachgruppe	Summe Verluste je Arzt	Anteil Verluste an Gesamt
Allg./Prakt.Ärzte/hausärztl.Internisten(80)	2.615,45 €	2,7%
Anästhesisten (01)	845,00 €	1,2%
Angiologen (97)	8.405,06 €	9,4%
Augenärzte (04)	3.248,39 €	2,8%
Chirurgen (07,09,37)	3.628,01 €	4,0%
Dermatologen (16)	2.468,51 €	2,9%
Ermächtigte Ärzte	19,69 €	0,1%
fachärztl. Internisten (90)	2.282,14 €	2,1%
Gastroenterologen (34)	3.478,42 €	2,8%
Gynäkologen (10,12)	3.385,47 €	4,3%
Hämatologen (92)	1.833,46 €	1,3%
hausärztl. Kinderärzte (23)	2.094,52 €	2,3%
HNO-Ärzte (13,15)	18.156,90 €	19,5%
intern. Rheumatologen (93)	1.324,21 €	1,6%
Kardiologen (22)	16.846,30 €	16,0%
Kinder- und Jugendpsychiater (FG 40)	3.046,92 €	2,1%
Laborärzte (26,28)	8,47 €	0,0%
Lungenärzte (29)	17.308,64 €	12,9%
Mund-K.-Gesichtschir. (35)	57,52 €	0,1%
Nephrologen (20)	509,57 €	0,1%
Nervenärzte (38)	4.343,33 €	4,7%
Neurochirurgen (41)	11.739,45 €	15,7%
Neurologen (95)	4.507,05 €	5,5%
Nuklearmediziner (59)	11.489,56 €	8,8%
Orthopäden (44)	11.831,87 €	14,1%
Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie (FG 50)	5.665,84 €	8,7%
Fachärzte für psychosomatische Medizin und Psychotherapie (FG 52)	1.216,76 €	2,7%
Radiologen (53) ohne Strahlentherap.	34.449,91 €	16,5%
Sonstige Ärzte (47,53-1,63,72,91)	597,96 €	0,3%
Urologen (56)	6.491,53 €	8,3%
Vertragstherapeuten (69,70,71)	1.106,84 €	2,8%
Gesamtergebnis	3.992,80 €	4,3%

Hinzu kommt, dass alle bislang extrabudgetiert vergüteten Leistungen künftig nur noch budgetiert vergütet werden. Ausnahmen sind nichtärztliche Dialyseleistungen, neue Leistungen, die noch keine zwei vollständigen Jahre im EBM enthalten sind, Leistungen im Rahmen der Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit sowie die kinder- und jugendpsychiatrische Grundversorgung.

2. Auswirkungen auf hausärztliche und kinderärztliche Praxen

Die hausärztlichen Leistungen wurden zum 4. Quartal 2025, die kinderärztlichen Leistungen zum 2. Quartal 2023 nicht mehr quotiert. Das neue Gesetz behält diese volle Vergütung bei, begrenzt ab 2027 aber die Zuwächse. Die hausärztlichen Leistungen nach Kap. 3 und die hausärztlich veranlassten Hausbesuche sowie die kinderärztlichen Leistungen werden also voll bezahlt, solange das hausärztliche Vergütungsvolumen ausreicht - dann greift die Begrenzung der Gesamtvergütungsentwicklung. Die Krankenkassen müssen zwar weiterhin Ausgleichszahlungen leisten, wenn die vereinbarte haus- bzw. kinderärztliche MGV nicht ausreicht. Aber es gibt Abschlüsse bei steigenden Fallzahlen.

Hinzu kommt, dass alle bislang extrabudgetiert vergüteten Leistungen künftig nur noch budgetiert vergütet werden. Bestimmte Vergütungen (ePA-Befüllung, Organspendeberatung etc.) fallen ganz weg.

3. Auswirkungen auf psychotherapeutische Praxen

Die psychotherapeutische Vergütung wird in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV) einbezogen, die psychotherapeutischen Leistungen werden damit streng budgetiert. Zuschläge

für Kurzzeittherapien werden gestrichen. Zudem fällt die Angemessenheitsprüfung in der Psychotherapie weg.

Im Honorarverteilungsmaßstab der KVN dürfen laut Gesetz im Kalenderjahr 2027 „keine Maßnahmen zur Begrenzung oder Minderung des Honorars für antrags- und genehmigungspflichtige psychotherapeutische Leistungen getroffen werden, die am 31. Dezember 2026 noch nicht abgeschlossen gewesen sein werden.“

Änderungen ab dem 1. Januar 2027 im Überblick

- Deckelung der Vergütung für alle Leistungen, auch für bisher extrabudgetäre Leistungen wie ambulante Operationen, Früherkennungsuntersuchungen, psychotherapeutische Leistungen etc. Weiterhin extrabudgetär vergütet werden lediglich folgende Leistungen: nichtärztliche Dialyseleistungen, neue Leistungen, die noch keine zwei vollständigen Jahre im EBM enthalten sind, Leistungen im Rahmen der Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit sowie die kinder- und jugendpsychiatrische Grundversorgung.
- Entbudgetierung haus- und kinderärztlicher Leistungen bleibt bestehen – aber es gibt Abschläge bei steigenden Fallzahlen.
- Streichung der extrabudgetären Bezahlung von Untersuchungen und Behandlungen von Patientinnen und Patienten, die über die Terminservicestellen der 116117 online oder telefonisch zeitnah einen Termin bei einem Arzt oder Psychotherapeuten erhalten.
- Streichung von extrabudgetären Zuschlägen, die ebenfalls mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) als Anreiz eingeführt worden waren, damit Praxen zusätzliche Termine bereitstellen.
- Streichung des Hausarztvermittlungsfalls einschließlich der Vermittlungspauschale für den Hausarzt.
- Streichung der extrabudgetären Vergütung für die offene Sprechstunde.
- Streichung der Zuschläge für Kurzzeittherapien in der Psychotherapie.
- Streichung der Angemessenheitsprüfung in der Psychotherapie.
- Streichung der Vergütung für die Beratung zur Organ- und Gewebsspende
- Streichung der Vergütung für die elektronische Patientenakte.
- Streichung der Hygienezuschläge auf Versicherten- und Grundpauschalen im EBM.
- Überprüfung des Gem. Bundesausschusses von Untersuchungen zur Früherkennung von Hautkrebserkrankungen unter Berücksichtigung eines möglichen risikobasierten Screenings und einer möglichen Anpassung der Häufigkeit der Untersuchungen.
- Prüfung des Bewertungsausschusses bis zum 31. März 2027 von 1. Bewertungen der Leistungen, die im Rahmen einer Phakoemulsifikation erbracht werden, und 2. Bewertungen des technischen Leistungsanteils der Leistungen der Facharztgruppen der Radiologen, der Strahlentherapie und der Nuklearmedizin, die einen hohen technischen Leistungsanteil aufweisen.

Neuer Honorarverteilungsmaßstab in Planung

Vor dem Hintergrund des neuen Gesetzes hat der Hauptausschuss der KVN den Vorstand beauftragt, bis zur Herbstversammlung der Vertreterversammlung der KVN einen einnahmenorientierten Honorarverteilungsmaßstab zu entwickeln, der der Sparpolitik der Bundesregierung Rechnung trägt. Dieser Entwicklungsprozess wird von intensiven Diskussionen in den Gremien der KVN und mit den Berufsverbänden begleitet. Es gibt zahlreiche Optionen der Leistungsbegrenzung zur Begegnung gesetzlicher Vergütungseingriffe. Sie werden in den kommenden Wochen intensiv diskutiert.

GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz

FAQ: Einnahmeorientiertes Leistungsangebot

Aufgrund des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes und der vorherrschenden Losung der „einnahmenorientierten Ausgabenpolitik“ und der zu erwartenden erheblichen Einbußen beim Honorar für die ambulante Versorgung besteht bei vielen Mitgliedern der KVN der Wunsch nach einem rechtlichen Rahmen, innerhalb dessen das Leistungsverhalten bzw. Leistungsangebot der Ärztinnen und Ärzte und psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten rechts-sicher gestaltet werden kann. Daher haben sich die Rechtsberaterinnen und Rechtsberater der KVen der Länder und der KBV zum Sprechstundenangebot in der Praxis ausgetauscht, um Orientierung für die Mitglieder bei der Patientenversorgung zu schaffen. Im Juni 2026 konnte das Ergebnis dieses Austauschs im AK KV der KBV konsentiert werden.

Dieses Ergebnis des Austauschs war die Grundlage für die Erarbeitung von FAQs durch die Rechtsabteilung der KVN mit Fragen und Antworten u. a. zu Mindestsprechstundenzeiten, der Verteilung des Sprechstundenangebotes, Selbstzahlersprechstunden und Privatabrechnungen bei GKV-Versicherten sowie Umstrukturierungen in den Praxen.

Die FAQs sind ausschließlich ins Mitgliederportal der KVN eingestellt und nur für die Mitglieder der KVN einsehbar.

Die Darstellung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Die Ausführungen geben einen allgemeinen Überblick. Die Beurteilung eines Sachverhalts erfolgt stets unter Berücksichtigung der Umstände des Einzelfalls, so dass Abweichungen von den dargestellten Grundsätzen möglich sind.

Weitere Anregungen / Hinweise nimmt die Rechtsabteilung der KVN unter recht@kvn.de für etwaige Ergänzungen gern entgegen.

Was können die Praxen machen?

Versammlungen in allen 11 Bezirksstellen

Klar ist schon jetzt, wohin das Gesetz führen wird: Längere Wartezeiten und sicher auch Diskussionen mit den Patientinnen und Patienten in den Praxen. Eine besondere Herausforderung wird in Zukunft darin bestehen, die wirklich behandlungsbedürftigen Patientinnen und Patienten „herauszufiltern“, damit in diesen Fällen kein gesundheitlicher Schaden entsteht.

Obwohl in wirtschaftlich herausfordernden Zeiten der erste Blick nach innen, also in die eigene Praxis und auf die Frage der weiteren Existenz gerichtet sein mag, wird es in der „neuen Zeit“ noch wichtiger sein, auf eine gute Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Fachgruppen zu achten und sich gegenseitig zu helfen. Nur so besteht eine Chance, mit möglichst wenig Schäden zu überstehen. Die KVN wird den Praxen auf jeden Fall in dieser schwierigen Zeit zur Seite stehen.

Zu Ihrer weiteren Information wird es in allen 11 KVN-Bezirksstellen eine Bezirksstellenversammlung zum GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz geben. Dazu erhalten Sie von ihrer Bezirksstelle eine persönliche Einladung mit Anmelde-möglichkeit.

Hier schon einmal die geplanten Termine, bei denen der Vorstand zu Gast sein wird

Bezirksstelle Hildesheim	3. November ab 19 Uhr
Bezirksstelle Göttingen	6. November ab 15 Uhr
Bezirksstelle Aurich	9. November ab 19 Uhr
Bezirksstelle Oldenburg	12. November ab 19 Uhr
Bezirksstelle Hannover	13. November ab 15:30 Uhr

Bezirksstelle Wilhelmshaven	16. November ab 19 Uhr
Bezirksstelle Stade	25. November ab 15 Uhr
Bezirksstelle Osnabrück	21. November ab 15 Uhr
Bezirksstelle Braunschweig	1. Dezember ab 19 Uhr
Bezirksstelle Lüneburg	7. Dezember ab 19 Uhr
Bezirksstelle Verden	9. Dezember ab 15 Uhr

Positiver Trend bei der hausärztlichen Versorgung in Niedersachsen

KVN-Vorstandsvize Thorsten Schmidt:

„Damit die Versorgung in Niedersachsen erhalten bleibt, darf die Politik die Niedergelassenen mit unausgereiften Sparvorschlägen nicht verschrecken.“

Die aktuellen Zahlen der Bedarfsplanungsstatistik der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN) zeigen bei der hausärztlichen Versorgung einen positiven Trend: Im Gegensatz zu 2024 sind im vergangenen Jahr elf Hausärztinnen und Hausärzte neu in das System der ambulanten Versorgung gekommen. Damit ist die Anzahl der Zulassungsmöglichkeiten von 447 auf 436 Sitze erstmals seit einigen Jahren gesunken.



KVN-Vize Thorsten Schmidt

An der vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Versorgung nehmen aktuell 17.110 Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten teil. Damit ist die Anzahl im vergangenen Jahr erneut gestiegen: Insgesamt kamen 225 Ärztinnen und Ärzte sowie Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Vergleich zu 2024 hinzu, was einen Zuwachs von 1,3 Prozent bedeutet.

„Die Zahlen bestätigen es einmal mehr: Die ambulante Versorgung ist weiterhin die tragende Säule unseres Gesundheitswesens. Insgesamt stemmen die niedergelassenen Haus- und Fachärzte sowie Psychotherapeuten 97 Prozent der Versorgung. Und die überwiegende Mehrheit der Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten arbeitet nach wie vor gern in der eigenen Niederlassung. Doch ebenso deutlich wird: Arztpraxen und Psychotherapeutenpraxen sind keine beliebig verfügbare Ressource“, ordnet der stellvertretende KVN-Vorstandsvorsitzende, Thorsten Schmidt, die Arztlzahlstatistik ein. Damit die Versorgung in Niedersachsen erhalten bleibt, müsse die Politik deshalb unbedingt für attraktive Rahmenbedingungen sorgen, anstatt die Niedergelassenen mit unausgereiften Sparvorschlägen aus dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz mit zusätzlichen Belastungen zu verschrecken, betont der KVN-Vize: „Die zur Verfügung stehende Arztzeit bleibt begrenzt – und viele junge Ärztinnen und Ärzte tendieren zur Anstellung oder Teilzeit. Diese Entwicklung muss ernstgenommen werden. Denn ohne die Praxen

läuft in der Gesundheitsversorgung so gut wie nichts.“

Mark Barjenbruch, Vorstandsvorsitzender der KVN, fügt hinzu: „Wer sich niederlässt, arbeitet mit Herz und hat die Chance, Menschen über Jahre zu begleiten. Diese Nähe zeigt, warum die Praxis vor Ort so eminent wichtig ist. Die Abgangsraten durch die Babyboomer werden zukünftig noch weiter steigen. Das zeigt auch unsere Arztzahlprognose 2040. Deshalb brauchen wir dringend Strukturreformen – unter anderem etwa weniger Bürokratie und eine bessere Patientensteuerung. Da hilft das GKV-Spargesetz überhaupt nicht.“

Barjenbruch weiter: „Die Ärzteschaft wird jünger und weiblicher. Immer mehr Ärztinnen und Psychotherapeutinnen übernehmen medizinische Verantwortung und prägen die ambulante Versorgung vor Ort entscheidend mit. Vor allem in diesen Gruppen zeigt sich, dass eine moderne ambulante Versorgung nur gelingt, wenn wir einen Arbeitsalltag ermöglichen, der medizinische Qualität in den Mittelpunkt stellt und gleichzeitig individuelle Lebensrealitäten berücksichtigt. Dafür muss die Politik für die richtigen Rahmenbedingungen sorgen: weniger Bürokratie, die Abschaffung sinnloser Wirtschaftlichkeitsprüfungen und eine verlässliche Digitalisierung. Es braucht verlässliche Arbeitszeitmodelle, planbare Vertretungsstrukturen und eine funktionierende digitale Infrastruktur. Nur so bleibt die Niederlassung attraktiv und nur so können wir den steigenden Versorgungsbedarf auch künftig zuverlässig decken.“

Ein Überblick zur aktuellen Versorgungssituation und zu den Aktivitäten der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN) liefert die aktualisierte Infobroschüre „Vertragsärztliche und vertragspsychotherapeutische Versorgung in Niedersachsen 2026“, die die KVN veröffentlicht hat. Der Versorgungsatlas steht im Internet zum Download zur Verfügung:

<http://www.kvn.de/Versorgungsatlas.html>

Ambulante Versorgung in Niedersachsen vor großen Herausforderungen

Pressekonferenz in der KVN-Bezirksstelle Aurich

Die Botschaft der Pressekonferenz war klar: Das am 10. Juli 2026 beschlossene Beitragssatzstabilisierungsgesetz trifft die ambulante Versorgung in Niedersachsen aus unserer Sicht überproportional. Nach Berechnungen der KVN stehen damit jährlich rund 380 Millionen Euro für die ambulante Versorgung in Niedersachsen auf dem Spiel.

Was hinter diesen Zahlen steht, wird vor Ort besonders deutlich. Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind gerade in Ostfriesland für die Menschen häufig die erste und wichtigste Anlaufstelle. Sie sichern wohnortnahe Versorgung, begleiten chronisch Erkrankte und übernehmen tagtäglich Verantwortung für ihre Patientinnen und Patienten.

Wenn gleichzeitig die finanziellen Spielräume der Praxen weiter eingeschränkt werden, ist die entscheidende Frage deshalb nicht nur, was eine einzelne Praxis leisten kann. Es geht darum, ob wir auch künftig genügend Ärztinnen und Ärzte und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten dafür gewinnen können, sich niederzulassen und bestehende Praxen fortzuführen.

Umso wichtiger ist es, dass wir über diese Entwicklungen informieren und den Dialog mit



Sprachen mit der Presse vor Ort: Die Vorsitzende des Bezirksausschusses Mareike Grebe, der KVN-Vorstandsvorsitzende Mark Barjenbruch und der Geschäftsführer der KVN-Bezirksstelle Aurich Dieter Krott.

Politik, Öffentlichkeit und den Menschen vor Ort suchen. Im Anschluss an die Pressekonferenz bot daher das Sommerfest der KVN-Bezirksstelle Aurich Gelegenheit für zahlreiche Gespräche mit Vertreterinnen und Vertretern aus dem Gesundheitswesen, der Politik und der Region. Der persönliche Austausch bleibt ein wichtiger Baustein, um gemeinsam Lösungen für die ambulante Versorgung der Zukunft zu entwickeln.

Viele gute Gespräche und interessante Begegnungen

KVN-Vorständin Nicole Löhr beim KVN-Sommerfest in Wilhelmshaven

Beim gemeinsamen Sommerfest der KVN- und ÄKN-Bezirksstellen Wilhelmshaven kamen Ende August niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Klinikerinnen und Kliniker sowie Vertreterinnen und Vertreter aus Wirtschaft, Verwaltung und Politik zusammen. Ein festes Programm gab es bewusst nicht. Stattdessen stand der persönliche und kollegiale Austausch im Mittelpunkt. Das Sommerfest begann traditionell damit, dass Klaus-Peter Schaps als Vorsitzen-



der des Ärztevereins, Jens Wagenknecht, als Vorsitzender der ÄKN-Bezirksstelle Wilhelmshaven und Matthias Abelmann, als Bezirksausschussvorsitzender der KVN-Bezirksstelle Wilhelmshaven, kurze Begrüßungsworte sprachen. Auch die Präsidentin der Ärztekammer Niedersachsen, Marion Charlotte Renneberg, war nach Wilhelmshaven gekommen.

Regionale Themen standen im Vordergrund

Gesprochen wurde über regionale Projekte, Kontakte wurden gepflegt und neue Gespräche angestoßen. Genau diese Gelegenheit, auch einmal abseits des Arbeitsalltags zusammenzukommen, macht das Sommerfest so wertvoll. „Angesichts der Veränderungen, vor denen unser Gesundheitswesen steht, brauchen wir den Austausch zwischen den verschiedenen Akteuren. Das gilt für die Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung ebenso wie für die Digitalisierung und die Zusammenarbeit über Sektorengrenzen hinweg“, sagte KVN-Vorständin Nicole Löhr, die am Sommerfest ebenfalls teilgenommen hatte.

Foto: (von links) Landrat des Landkreises Friesland, Sven Ambrosy, Ehrenamtliche Bürgermeisterin der Stadt WHV, Frau Astrid Zaage, Vorsitzender der Kreisstelle Wilhelmshaven und Vorsitzender des Ärztevereins Wilhelmshaven/Friesland, Bezirksausschussvorsitzender Matthias Abelmann, Präsidentin der ÄKN, Frau Dr. Renneberger, Geschäftsführerin der BZ WHV, Dr. Sainab Egloffstein, Geschäftsführer der ÄKN, Dr. Rudy Richter, Vorständin KVN, Frau Nicole Löhr, Vorsitzende der ÄKN Bezirksstelle WHV, Herr Jens Wagenknecht

KVN vor Ort auf Norderney

Wie gelingt eine verlässliche ambulante Versorgung auf einer Insel?

Im Rahmen seiner Sommerreise besuchte Niedersachsens Minister für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung, Dr. Andreas Philippi, das Medizinische Versorgungszentrum (MVZ) Norderney. Im Mittelpunkt standen die besonderen Herausforderungen der medizinischen Versorgung auf den Nordseeinseln und die Bedeutung kommunaler Strukturen für die Sicherstellung der Versorgung vor Ort.

Seit Januar 2026 befindet sich das MVZ Norderney in kommunaler Trägerschaft der Stadt Norderney und leistet einen wichtigen Beitrag zur ambulanten Versorgung der Inselbevölkerung sowie der zahlreichen Gäste.

Begleitet wurde Minister Philippi von Dieter Krott, Geschäftsführer der KVN-Bezirksstelle Aurich, sowie Katharina Kottysch, Geschäftsbereichsleiterin Vertragsärztliche Versorgung der KVN-Bezirksstelle Aurich.

Die medizinische Versorgung auf den Nordseeinseln stellt alle Beteiligten vor besondere Herausforderungen: tideabhängige Fährverbindungen, lange Transportwege und ein deutlicher Anstieg der Bevölkerungszahl während der Urlaubssaison erfordern eine enge Zusammenarbeit von Inselärztinnen und Inselärzten, Rettungsdiensten, Telemedizin und den Versorgungsstrukturen auf dem Festland.



Gemeinsam im Austausch für eine starke ambulante Versorgung in Niedersachsen

Wie können Patienten schneller die passende medizinische Versorgung erhalten?

KVN-Vorsitzender Mark Barjenbruch bei Diskussion des vdek in Hannover

Die Diskussion um ein künftiges Primärversorgungssystem gehört derzeit zu den wichtigsten gesundheitspolitischen Reformvorhaben. Im Mittelpunkt einer Diskussion beim Verband der Ersatzkassen vdek im August in Hannover standen die Rolle der Hausärztinnen und Hausärzte als erste Anlaufstelle, die Möglichkeiten einer standardisierten Ersteinschätzung, digitale Instrumente zur Terminsteuerung, sowie die Frage, wie vorhandene Versorgungskapazitäten möglichst zielgerichtet eingesetzt werden können.



KVN-Vorstandsvorsitzender Mark Barjenbruch, der Vorsitzende des Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes Niedersachsen Dr. Matthias Berndt und Prof. Dr. Nils Schneider von der MHH (v.l.n.r.)

Neben Niedersachsens Gesundheitsminister Dr. Andreas Philippi sowie Vertreterinnen und Vertretern aus Politik, Wissenschaft, Gesundheitsversorgung und Krankenkassen machte der Vorstandsvorsitzende der KVN, Mark Barjenbruch, deutlich, dass sich die Herausforderungen in der ambulanten Versorgung nicht allein durch zusätzliche finanzielle Mittel lösen lassen. Aber es müsse eine Vergütungslogik geben, die den Aufwand beim Facharzt sowie Hausarzt berücksichtige. Ebenso wichtig sei die Frage, wie Patientinnen und Patienten künftig besser durch das Gesundheitssystem begleitet und Versorgungsangebote sinnvoll miteinander verknüpft werden können, sagte Barjenbruch. Aus Sicht der KVN sei dabei entscheidend, dass neue Steuerungsinstrumente praxistauglich ausgestaltet würden und die Versorgung vor Ort tatsächlich verbesserten. Hausärztinnen und Hausärzte übernehmen bereits heute eine zentrale Rolle in der Koordination von Versorgung. Reformen könnten nur dann erfolgreich sein, wenn sie den Praxisalltag berücksichtigen und für Patientinnen und Patienten einen spürbaren Mehrwert schaffen, so Barjenbruch. Dabei müssen auch Fallkonstellationen benannt werden, die direkt zum Facharzt gehen.

Kostenstrukturhebung 2025

Das Statistische Bundesamt (DESTATIS) führt repräsentative Untersuchung zur Kostenstruktur bei Arztpraxen sowie Praxen von psychologischen Psychotherapeuten durch

Die Erhebung bezieht sich auf das Jahr 2025. Ziel der Erhebung ist es, die in den Praxen erzielten Einnahmen und die dafür erforderlichen Aufwendungen sowie deren Zusammensetzung darzustellen. Die für die Erhebung auskunftspflichtigen Praxen werden mittels einer Zufallsstichprobe ausgewählt. Um dabei die Belastung möglichst gering zu halten, werden bundesweit höchstens sieben Prozent der Praxen befragt. Das Ergebnis wird dann auf die Gesamtheit aller Praxen hochgerechnet. Um zuverlässige und aktuelle Ergebnisse zu gewinnen, die den hohen Anforderungen an die Qualität und Aktualität der Daten genügen, sieht das Gesetz für diese Erhebung eine Auskunftspflicht vor. Die Ergebnisse dienen u. a. der Erstellung der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen und der berufspolitischen Arbeit von Verbänden und Kammern. Sie eröffnen aber auch den Praxen selbst die Möglichkeit, betriebswirtschaftliche Vergleiche durchzuführen und damit Ansatzpunkte für Rationalisierungs- oder Verbesserungsmaßnahmen zu erkennen.

Die entsprechenden Heranziehungsbescheide mit den Zugangsdaten zu den Online-Fragebögen werden vom Statistischen Bundesamt im Oktober 2026 versandt. Die Online-Fragebögen sind dann innerhalb einer Frist von vier Wochen auszufüllen. Die Veröffentlichung der Ergebnisse ist für den Sommer 2027 geplant. Sofern sich Fragen zu der Erhebung ergeben, stehen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Statistischen Bundesamtes gerne zur Beantwortung zur Verfügung. Informationen zur Methodik der Kostenstrukturhebung im medizinischen Bereich einschließlich Direktlinks auf Ergebnisse der letzten Erhebung finden Sie unter www.destatis.de/kme

Zum Erhebungsstart im Oktober 2026 finden Sie Informationen zur aktuellen Erhebung, zum Beispiel zu den erforderlichen Angaben (Musterfragebogen) sowie Antworten auf häufig gestellte Fragen zur Kostenstrukturhebung im medizinischen Bereich unter www.destatis.de/kme-portal

Das Statistische Bundesamt dankt bereits vorab allen beteiligten Praxen für ihre Mithilfe an der Erhebung.

Gemeinsam statt einsam

Kostenfreies Selbsthilfepaket der hkk für Arztpraxen

Unter dem Motto „Gemeinsam statt einsam“ bietet die Krankenkasse hkk allen Arztpraxen in Niedersachsen ein kostenfreies Paket mit Informationsmaterialien rund um das Thema Hilfe zur Selbsthilfe an, das Praxen für ihre Patientenkommunikation nutzen können. Der dazugehörige Flyer erklärt, was Selbsthilfe überhaupt ist, warum man sie nutzen sollte, für wen Selbsthilfegruppen gedacht sind und wo man eine solche Gruppe finden kann. Niedersachsen bietet ein flächendeckendes Netz an Selbsthilfe-Kontaktstellen.

Das Paket beinhaltet ein DIN-A4 Merkblatt, 30 Flyer, 10 Visitenkarten, 10 Postkarten sowie optional einen Prospekthalter. Das Paket kann hier bestellt werden: <https://www.hkk.de/leistungen-und-services/hkk-leistungen/selbsthilfegruppen/selbsthilfeprojekte-der-hkk/hkk-selbsthilfepaket-fuer-arztpraxen>





Abgabetermin Quartalsabrechnung 3/2026

Der **Abgabetermin** für die Abrechnung des **3. Quartals 2026** ist der **10. Kalendertag** des nachfolgenden Quartals und somit der **10. Oktober 2026**.

Im März 2026 haben wir Sie über die Änderungen der **neuen Sammelerklärung** informiert. Bitte verwenden Sie nur noch das Muster der aktuellen Sammelerklärung (**Stand 4/2026**) und reichen dieses vollständig ausgefüllt, mit Unterschrift(en) und dem Vertragsarztstempel versehen, ein. Das Muster finden Sie auf unserer Internetseite unter [Quartalsabrechnung](#).

Zur **Meldung von Abwesenheitszeiten** und Vertretungen nutzen Sie bitte das eFormular „Abwesenheit/Vertretung“, welches Sie im KVN-Portal im Bereich Formulare finden.

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 [hier](#) 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 Abrechnungszentrums, Telefon: 0511 380-4800, E-Mail: abrechnungszentrum@kvn.de

Mitteilung der fachgruppendurchschnittlichen Obergrenze für Kontrastmittel für das Quartal 4/2026

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 4. Quartal 2026 für Ärzte, die im Basisquartal 4/2025 (noch) keine Kontrastmittel über die o. g. Vereinbarung abgerechnet haben, folgende fachgruppendurchschnittlichen Obergrenzen:

- Institute, Krankenhäuser 4.287,97 Euro
- Fachärzte für Nuklearmedizin 21.119,82 Euro
- Fachärzte für Diagnostische Radiologie 63.545,86 Euro
- Fachärzte für Urologie 1.727,88 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 4. Quartal 2026 - Fachgruppendurchschnittswerte für Laborindividualbudgets

Die für das 4. Quartal 2026 geltenden Fachgruppendurchschnittswerte für Laborindividualbudgets finden Sie seit dem 24. August 2026 [hier](#).

Amtliche Mitteilung der KVN zum HVM für das 4. Quartal 2026 für alle dem RLV unterliegenden Arztgruppen des fachärztlichen Versorgungsbereichs

Die für 4/2026 geltenden RLV-/QZV-Mindestfallwerte sowie die Fallzahlgrenzen für die Fallwertminderung und die Fallzahlzuwachsbegrenzungsregelung (FZZB) finden Sie [hier](#)

Erste Beschlüsse zur Umsetzung des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes gefasst

Hinsichtlich der Umsetzung des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes (GKV-BStabG) wurden im BA erste Beschlüsse gefasst, die zum 1. Januar 2027 in Kraft treten. Aus dem EBM gestrichen werden die Vergütung für die Beratung zur Organ- und Gewebespende, die Kurzzeittherapie-Zuschläge, die Zuschläge für TSS-Fälle bei Haus- sowie Kinder- und Jugendärzten sowie die Pauschale für die Vermittlung eines Facharzt-termins durch einen Hausarzt oder Kinder- und Jugendarzt. Zur Streichung der Vergütung der Leistungen im Zusammenhang mit der elektronischen Patientenakte (ePA) und zur Streichung der Zuschläge für TSS-Fälle und Hausarztvermittlungs-Fälle bei Fachärzten wurde der Erweiterte Bewertungsausschuss angerufen. Der EBA hat festgelegt, dass die Anpassungen zum 1. Januar 2027 in Kraft treten. Im Vorfeld lagen hierzu bereits Klarstellungen des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) vor, die der GKV-Spitzenverband jedoch in seinen Beschlussentwürfen nicht berücksichtigt hatte. Er forderte die Abschaffung bereits ab dem 1. Oktober.

Anpassungen aufgrund des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes

Der EBA hat am Dienstag entschieden, dass die Befüllung der ePA bis Jahresende vergütet wird. Ebenso erhalten alle Praxen bis dahin die Zuschläge zur Terminvermittlung, die 2019 mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) eingeführt wurden.

Hintergrund für den Beschluss ist das GKV-BStabG, dass die Abschaffung zahlreicher Leistungen vorsieht, weshalb der EBM angepasst werden muss. Der GKV-Spitzenverband hatte dabei im BA gefordert, dass Praxen schon ab 1. Oktober kein Geld mehr für die Befüllung der ePA erhalten sollen. Zudem wollte er erreichen, dass es für Fachärzte bereits ab dem vierten Quartal keine Zuschläge zur Grundpauschale mehr geben soll, wenn ein Behandlungstermin über eine Terminservicestelle oder einen Hausarzt vermittelt wird.

Die KBV lehnte die Forderungen der Krankenkassen ab, weshalb der EBA eingeschaltet wurde. Mit der Entscheidung des Gremiums steht nun fest, dass Ärzte und Psychotherapeuten die Leistungen noch bis Jahresende abrechnen können und die entsprechenden Gebührenordnungspositionen (GOP) erst zum 1. Januar 2027 wegfallen. Dies gilt für die Erstbefüllung und Aktualisierung der ePA sowie für die Zuschläge zur Terminvermittlung für Fachärzte.

Streichung weiterer Leistungen zum 1. Januar 2027

Der BA hat weitere EBM-Anpassungen infolge des Spargesetzes beschlossen, die unstrittig waren. Sie betreffen die TSVG-Zuschläge zur Terminvermittlung für Haus- sowie Kinder- und Jugendärzte sowie die Pauschale, die Haus- sowie Kinder- und Jugendärzte für die Vermittlung eines Facharzttermins erhalten. Die entsprechenden GOP werden zum 1. Januar 2027 aus dem EBM gestrichen. Außerdem fallen die Zuschläge für Kurzzeittherapien in der Psychotherapie sowie die GOP für die Beratung zur Organ- und Gewebespende weg.

Damit setzen der BA und der EBA erste Vorgaben aus dem GKV-BStabG um, das Ende Juli in Kraft getreten ist. Weitere Anpassungen wie die Abschaffung der Hygienezuschläge im EBM stehen noch aus.

Auf einen Blick

Infolge des Spargesetzes werden folgende Leistungen zum 1. Januar 2027 aus dem EBM gestrichen:

- Zuschläge für TSS-Fälle und Hausarztvermittlungsfälle bei Fachärzten
- Zuschläge für TSS-Fälle bei Haus- sowie Kinder- und Jugendärzten (GOP 03010/04010)
- Pauschale für die Vermittlung eines Facharzttermins durch einen Hausarzt oder Kinder- und Jugendarzt (GOP 03008/04008)
- Leistungen für die ePA-Erstbefüllung (GOP 01648) sowie Aktualisierung der ePA (GOP 01647 / 01431)
- Vergütung für die Beratung zur Organ- und Gewebespende (GOP 01480)
- Zuschläge Kurzzeittherapie (Abschnitt 35.2.3.2 EBM).

Hinweise zur Veröffentlichung

Die Beschlüsse finden Sie in Kürze auf der [Internetseite der KBV](#).

Das InBA wird die kompletten Beschlüsse auf seiner [Internetseite](#) und im Deutschen Ärzteblatt veröffentlichen.



BStabG - Entfall der gesetzlichen Grundlage für bundesweite Praxisbesonderheiten

Bisher konnten pharmazeutische Unternehmen in den Erstattungsbetragsverhandlungen mit dem GKV-Spitzenverband (GKV-SV) bei neuen Arzneimitteln mit einem Zusatznutzen vereinbaren, dass entsprechende Verordnungen bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen als Praxisbesonderheit anzuerkennen sind. Mit Wirkung vom 30. Juli 2026 ist die gesetzliche Grundlage zur Vereinbarung dieser bundesweiten Praxisbesonderheiten entfallen.

Die Streichung von §130b Abs. 2 SGB V berührt nach Angaben des GKV-SV nur neue Verhandlungen zum Erstattungsbetrag. Bislang bestehende Praxisbesonderheiten gelten solange fort, bis die jeweilige Vereinbarung gekündigt oder geändert wird oder wenn der Patent- und Unterlagenschutz für das betroffene Arzneimittel auslaufen.

Bestehende bundesweite Praxisbesonderheiten sind **im PVS gekennzeichnet**, sowie mit einem Link auf die Website des GKV-SV zur jeweiligen Detailregelung verknüpft. Eine regelmäßige Aktualisierung der Verordnungssoftware ist daher empfehlenswert.

Welche Arzneimittel als bundesweite Praxisbesonderheiten anerkannt sind, können Praxen auch direkt auf der [Internetseite des GKV-SV](#) erfahren. Diese wird aktualisiert, wenn die Anerkennung einer Praxisbesonderheit endet. Konkrete Details zu einer Praxisbesonderheit sind jeweils nach einem Klick auf das Arzneimittel abrufbar.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung informiert zum Thema in einer [KBV PraxisNachricht](#).

Aktuelle Änderungen im Sprechstundenbedarf

Laut Urteil des Bundesverwaltungsgerichtes (BVerwG) vom 12. März 2026 (Az.: BVerwG 3 C 2.24) zur Abgabe von Rezepturen im Rahmen des Praxis- und Sprechstundenbedarfs ist die Herstellung von Rezepturarzneimitteln für den Praxis- und Sprechstundenbedarf nicht zulässig, da dieses als Herstellung „im Voraus“ zu bewerten ist, da kein konkreter Patientenbezug besteht. Das sog. „Rezepturprivileg“ - also die zulassungsfreie Herstellung von Rezepturarzneimitteln in der Apotheke - verneint das Gericht daher für diesen Fall.

Konkret bedeutet dies, dass die ausdrücklich in der Anlage 1 der Sprechstundenbedarfs-Vereinbarung aufgeführten und bislang erlaubten Rezepturen **ab sofort** nicht mehr im Sprechstundenbedarf verordnungsfähig sind. Das gleiche gilt auch für Rezepturen als Praxisbedarf.

Sofern Rezepturarzneimittel für den Praxisbetrieb benötigt werden, zum Beispiel weil keine Fertigarzneimittel auf dem Markt verfügbar sind, so sind diese Rezepturen vorab auf Namen des Patienten zu verordnen. Nach der Behandlung verbleibende Restmengen können gemäß §3 Abs. 2 der Sprechstundenbedarfs-Vereinbarung in den Sprechstundenbedarf übernommen werden, sofern die Rezepturen dazu geeignet sind (Hygienevorschriften, Haltbarkeit).

Die in der Anlage 1 aufgeführten Rezepturen werden daher zum 1. Oktober 2026 gestrichen, verordnungsfähig sind sie ab sofort nicht mehr.

Anders als die in der Apotheke abgefüllten Glukosepulver, die als Rezeptur gelten, sind die als Fertigprodukt verfügbaren Glukosepulver weiterhin in Niedersachsen verordnungsfähig. Diese haben zwar nur eine Zulassung als Lebensmittel, werden aber als wirtschaftliche Alternative ausdrücklich im Einvernehmen mit den Krankenkassen akzeptiert.

Cannabistherapie - gesetzliche Anpassungen durch BStabG zum 30. Juli 2026 Update vom 21. August 2026 Vorrang für Cannabis-Fertigarzneimittel off-label

Achtung: Diese Information ersetzt die Information aus den KVNachrichten August 2026

Vorrang Fertigarzneimittel / Verordnungsausschluss Cannabisblüten

Seit Inkrafttreten des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes am 30. Juli sind cannabishaltige Fertigarzneimittel beim erstmaligen Therapieversuch vorrangig zu verordnen. Erst nach einem sechsmonatigen erfolglosen Therapieversuch oder bei Unverträglichkeit des Fertigarzneimittels ist ein Wechsel zu anderen Cannabis-Arzneimitteln möglich. Getrocknete Cannabisblüten sind aufgrund der Änderung des §31 Abs. 6 SGB V übergangslos nicht mehr zulasten der Krankenkassen verordnungsfähig.

Die gesetzliche Vorgabe zum erstmaligen Therapieversuch wurde von KBV und GKV-Spitzenverband zunächst so ausgelegt, dass die vorrangige Verordnung von Fertigarzneimitteln nur für den Einsatz bei den Indikationen gilt, für die die Arzneimittel auch zugelassen sind. Nun teilt die KBV mit, dass in jedem Fall zuerst ein cannabishaltiges Fertigarzneimittel zu verordnen ist, bevor ein anderes Cannabis-Arzneimittel, beispielsweise ein Cannabis-Extrakt, möglich ist - also auch dann, wenn das Medikament nicht für die jeweilige Indikation beim Patienten zugelassen ist. Der GKV-Spitzenverband hat sich dieser rechtlichen Bewertung öffentlich bislang nicht angeschlossen.

Vor dem Hintergrund unterschiedlicher Auffassungen zur Auslegung der neuen gesetzlichen Vorgaben empfehlen wir, grundsätzlich **vor der ersten Verordnung die Genehmigung der zuständigen Krankenkasse einzuholen**, wenn die Erstverordnung von Cannabis-haltigen Fertigarzneimitteln außerhalb der zugelassenen Indikation beabsichtigt ist. Diese Empfehlung gilt auch für die erste Verordnung von Cannabis-haltigen Extrakten bzw. Rezepturen im Rahmen einer **Therapieumstellung**.

Keine Weiterverordnung nach erfolglosem Therapieversuch

Ein erstmaliger Therapieversuch kann vor Ablauf der sechs Monate abgebrochen werden, wenn sich das Fertigarzneimittel als unwirksam herausstellt oder der Patient es nicht verträgt. Die Therapie kann dann auf einen Cannabis-Extrakt oder ein anderes Cannabis-Arzneimittel umgestellt werden. Medizinische Gründe sollten sorgfältig dokumentiert werden. Auch vom Genehmigungsvorbehalt befreite Ärzte können beim Therapiewechsel freiwillig eine Genehmigung bei der Krankenkasse beantragen.

Bestandspatienten

Für Bestandspatienten, die bereits eine Therapie mit Cannabisblüten oder Cannabisextrakten erhalten haben, gilt nach dem gemeinsamen Verständnis von GKV-Spitzenverband und Kassenärztlicher Bundesvereinigung keine Verpflichtung zur prioritären Verordnung eines Fertigarzneimittels.

Therapieumstellung und Dokumentation

Patienten, die zuvor mit Cannabisblüten behandelt wurden, sind zwingend auf einen Extrakt oder ein Fertigarzneimittel umzustellen. Gründe für einen Wechsel sollen genau dokumentiert werden. In diesem Fall ist der gesetzliche Verordnungsausschluss ab dem 30. Juli 2026 der Grund. Weitere Hinweise erhalten Sie in der [KBV-Praxisnachricht](#) sowie [hier](#).

Das Nähere muss der Gemeinsame Bundesausschuss in der Arzneimittel-Richtlinie noch klären.

Covid-19-Impfstoffe für Kinder zwischen 5 und 11 Jahren ab dem 1. September 2026 nur noch als Sprechstundenbedarf

Die Verordnung von Covid-19-Impfstoffen für **Kinder zwischen 5 und 11 Jahren** hat ab dem 1. September 2026 nur noch als Sprechstundenbedarf zu erfolgen. Arztpraxen können den Impfstoff ab 1. September bei den folgenden Apotheken bestellen:

- Schlossapotheke OHG
Ernst-Reuter-Straße 11b-c, 51427 Bergisch Gladbach
Telefon: 0800 4673786
Fax: 0800 4673329
E-Mail: impfstoffe@schloss-apotheke-versand.de
- Bergapotheke
Gildestraße 75, 49479 Ibbenbüren
Telefon: 0800 1845390
E-Mail: impfservice@berg-apotheke.de

Verordnungen für Säuglinge und Kleinkinder (Comirnaty 3 LP.8.1 Konzentrat) und für Versicherte ab 12 Jahren (Comirnaty 30 LP.8.1) erfolgen bis zum Erreichen des Verfallsdatums weiterhin über das BAS.

Ursache für die uneinheitlichen Bezugswege sind die unterschiedlichen Verfalldaten.

Die folgenden zentral beschafften, an die Variante LP.8.1 angepassten Impfstoffprodukte werden bis zum Erreichen der Verfallsdaten weiterhin vom Bund zur Verfügung gestellt:

<u>Impfstoffbezeichnung</u>	<u>Spätestes Verfallsdatum</u>
Comirnaty LP.8.1 30 für Erwachsene (ab 12 Jahren)	28.02.2027
Comirnaty LP.8.1 10 für Kinder (5 bis 11 Jahre)	31.08.2026
Comirnaty LP.8.1 3 für Kleinkinder (6 Monate bis 4 Jahre)	30.09.2026

Hinweis zur Wirtschaftlichkeit

Wir empfehlen in den Fällen, wo die Verwendung des vom Bund zur Verfügung gestellten Impfstoffs möglich ist, diesen bevorzugt einzusetzen.

Die konkrete Auswahl des COVID-19-Impfstoffs bleibt grundsätzlich gemeinsame Entscheidung von Arzt oder Ärztin und Patient oder Patientin. Bei der Impfstoffwahl ist jedoch grundsätzlich das Wirtschaftlichkeitsgebot zu beachten. Da zentral beschaffter Impfstoff unentgeltlich vom Bund an den Großhandel abgegeben wird, entstehen den Krankenkassen dabei nur Kosten für die Impfleistung, nicht aber für den Impfstoff.

Comirnaty LP.8.1 wird als zentral beschaffter COVID-19-Impfstoff wie bislang auch im Mehrdosisbehältnis ausgeliefert. Das ZEPAL weist darauf hin, dass der Bund auch weiterhin keine Regressansprüche erheben wird, wenn trotz bedarfsgerechter Bestellung oder sorgfältiger Terminplanung Impfstoffdosen verfallen oder weniger als die enthaltenen Impfstoffdosen aus einem Mehrdosisbehältnis entnommen werden sollten.

Regressansprüche der Krankenkassen können in diesem Zusammenhang ebenfalls nicht entstehen, da der zentral beschaffte Impfstoff durch den Bund weiterhin kostenlos zur Verfügung gestellt wird.

Bestell- und Auslieferungsprozess

Der Bestell- und Auslieferungsprozess für zentral beschaffte COVID-19-Impfstoffe (Comirnaty LP.8.1) von Praxen und Apotheken bleibt grundsätzlich unverändert. Haben diese Impfstoffprodukte ihr Verfallsdatum erreicht, erfolgt die weitere Versorgung mit den anderen variantenangepassten COVID-19-Impfstoffen über die regulären Vertriebswege des Arzneimittelmarktes als Sprechstundenbedarf.

Die Impfleistung ist über die Gebührenordnungspositionen (GOP) 88355 A/B/R bzw. 88355 V/W/X bei beruflicher Indikation abrechenbar. Die Impfvergütung beträgt 10,68 Euro.



Allgemeine Hinweise

Achtung: Berichtigung zum Rundbrief 86/2026 vom 4. August 2026 „Update zur AOK-HPV-Impfvereinbarung

Die AOK Niedersachsen hat klargestellt, dass für Versicherte über 26 Jahre die GOP 89110 C **nur für die zweite Impfdosis** befristet bis zum 31. Dezember 2026 abgerechnet werden kann. Die **erste Impfdosis** muss im Alter von 18 bis 26 Jahren erfolgt sein. Es ist somit nicht möglich einen HPV-Impfzyklus mit 27 Jahren zu beginnen.

Neue indikationsübergreifende Teilnahme- und Einwilligungserklärungen (TE/EWE) im Rahmen der Disease-Management- Programme (DMP) ab 1. Oktober 2026

Zum 1. Oktober 2026 wird die indikationsübergreifende Teilnahme- und Einwilligungserklärung (TE/EWE) um die Angaben zum DMP Adipositas - Erwachsene sowie zum DMP Adipositas - Kinder und Jugendliche erweitert.

Die neue TE/EWE mit dem Formularschlüssel 070F inklusive der Patienteninformation und der Information zum Datenschutz ist ab dem **1. Oktober 2026** zu verwenden. Um einen reibungslosen Übergang sicherzustellen, wird übergangsweise bis zum **31. Dezember 2026** noch die bisher gültige indikationsübergreifende TE/EWE mit dem Formularschlüssel 070E akzeptiert.

Ebenso ist es möglich die neue TE/EWE mit dem Formularschlüssel 070F bereits zum **1. September 2026** zu verwenden.

Die neue TE/EWE erhalten Sie über den Paul-Albrechts-Verlag. Sollten Sie die Teilnahmeerklärungen direkt aus der Praxissoftware ausdrucken, denken Sie bitte daran, Ihre Praxissoftware zu aktualisieren.

Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) verbessert das Neugeborenen- Hörscreening

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat das Neugeborenen-Hörscreening präzisiert und eine Anpassung der Kinder-Richtlinie vorgenommen.

Was ändert sich?

Für das Neugeborenen-Hörscreening können grundsätzlich zwei Verfahren angewendet werden: die Messung der otoakustischen Emissionen (transitorisch evozierte otoakustische Emissionen, kurz TEOAE) oder durch die Hirnstammaudiometrie (englisch Automated Auditory Brainstem Response, abgekürzt AABR). Bislang musste ein auffälliges Ergebnis der Erstuntersuchung zwingend mit einer Hirnstammaudiometrie kontrolliert werden.

Zukünftig sollen für Erst- und Kontrolluntersuchung dasselbe Messverfahren angewendet werden. Im Falle einer auffälligen Erstuntersuchung ist somit auch eine TEOAE als Kontrolluntersuchung möglich.

Weiterhin wird klargestellt, dass die Erstuntersuchung immer an beiden Ohren und mit maximal drei Testversuchen pro Ohr erfolgen soll.

Ergibt die Erstuntersuchung ein auffälliges Ergebnis, soll die Kontrolluntersuchung frühestens fünf Stunden nach der Erstuntersuchung und spätestens bis zur U2-Untersuchung stattfinden. Die Untersuchung hat immer an beiden Ohren und mit maximal drei Testversuchen pro Ohr zu erfolgen.

Kinderuntersuchungsheft (Gelbe Heft)

Durch die Anpassungen gilt eine geänderte Dokumentation auf der Seite 9 im Kinderuntersuchungsheft (Gelbes Heft) und eine geänderte Elterninformation zum Neugeborenen-Hörscreening. Damit die Altbestände des Gelben Heftes weiter genutzt werden können, gibt es einen Aufkleber um damit die bisherige Seite 9 zu überkleben.

Die Aufkleber fordern Sie bitte online direkt an beim [Paul Albrechts Verlag](#).

Die überarbeitete Elterninformation kann über den Bestellschein „Vordrucke, Broschüren, Flyer: GKV allgemein“ beim Zentralversand der Bezirksstelle Hannover bestellt werden. Den Bestellschein finden Sie auf unser [Internetseite](#)

Eine Neuauflage des Gelben Heftes mit Stand Juni 2026 erscheint in Kürze.

Der Beschluss zur Änderung der Kinder-Richtlinie ist am 20. August 2026 in Kraft getreten. Der Bewertungsausschuss hat nunmehr sechs Monate Zeit, den EBM zu überprüfen und ggf. anzupassen. Erst danach wird die Anpassung wirksam. Wir werden Sie hierüber gesondert informieren.

DMP-Datenstelle IQVIA Health System Services GmbH (ehemals DAVASO) ab 1. Oktober 2026 mit neuer KIM-Adresse

Zum 1. Oktober 2026 erhält die IQVIA Health System Services GmbH folgende neue KIM-Adresse: dmp-datenstelle@iqvia-hss.kim.telematik

Bitte senden Sie Ihre eDMP-Daten bis zum 30. September 2026 an die bisher bekannte KIM-Adresse dmp-datenstelle@davaso.kim.telematik

Ab dem 1. Oktober 2026 übermitteln Sie bitte Ihre eDMP-Daten an dmp-datenstelle@iqvia-hss.kim.telematik

Besondere Versorgung zur Behandlung von Gestationsdiabetes und sonstigen Diabetesformen durch Diabetologische Schwerpunktpraxen (GDM-DM3-Vertrag): BKK Deutsche Bank ab 1. Oktober 2026 neu dabei

Die BKK Deutsche Bank ist dem GDM-DM3-Vertrag beigetreten.

Teilnehmende Krankenkassen ab 1. Oktober 2026:

AOK Bremen / Bremerhaven	BKK Pfalz
AOK Niedersachsen	BKK Public
SVLFG als Landwirtschaftliche Krankenkasse	BKK Salzgitter
IKK BIG direkt gesund	BKK Technoform
IKK classic	BKK Verbund Plus
IKK gesund plus	BKK Werra-Meissner
KNAPPSCHAFT	BKK Wirtschaft und Finanzen
BARMER	Continentale BKK
HEK - Hanseatische Krankenkasse	Debeka BKK
Techniker Krankenkasse	Energie BKK
BKK 24	Heimat BKK
Audi BKK	Mercedes-Benz BKK
BAHN-BKK	mkk - meine krankenkasse
BKK B. Braun Aesculap	Mobil Krankenkasse
BKK Deutsche Bank (neu ab 1. Oktober 2026)	Novitas BKK
BKK Diakonie	pronova BKK
BKK DürkoppAdler	R + V BKK
BKK EWE	Salus BKK
BKK Exklusiv	SKD BKK
BKK Firmus	TUI BKK
BKK Freudenberg	Viactiv Krankenkasse
BKK Gildemeister Seidensticker	Vivida BKK
BKK Herkules	WMF BKK
BKK Linde	ZF BKK
BKK Miele	

Die Vertragsunterlagen inklusive der teilnehmenden Krankenkassen finden Sie im KVN-Portal unter „Verträge“ > Suchbegriff „GDM“ > Gestationsdiabetes und sonstige Diabetesformen (GDM-DM3-Vertrag)

Ende des Vertrages über den ambulanten Einsatz von Smart-Ereignis-Rekordern zur Erfassung von Herzrhythmusstörungen am 30. September 2026

Der von vornherein zeitlich befristete Vertrag wird nicht verlängert und endet am 30. September 2026. Der Vertrag endet ebenfalls für die beigetretenen Krankenkassen BIG direkt gesund, DAK-Gesundheit und BARMER.

Bitte achten Sie darauf die Leistungen noch im 3. Quartal 2026 abschließend zu erbringen.

Kooperationsanfragen an Mitglieder

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

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



Veranstaltungen

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

Mittwoch, 7. Oktober 2026

- [Sprechstundenbedarf](#) (WebSeminar)
- [Fragen rund um die ambulante Weiterbildung / Weiterbildungsassistenten / Praxisseminar](#) (Hannover)
- [Fit am Empfang - So heißen Sie Ihre Patienten willkommen](#) (WebSeminar)
- [Niederlassungsseminar Modul I „Meine eigene Praxis - Impulse für Ihren Start“](#) (WebSeminar)

Mittwoch, 21. Oktober 2026

- [Meine Praxiskooperation – Was ist möglich mit BAG, Anstellung, MVZ & Co.](#) (Osnabrück)

Mittwoch, 28. Oktober 2026

- [Die Gesundheit von PraxismitarbeiterInnen erhalten und schützen](#) (Hannover)
- [Willkommen in der Arztpraxis](#) (WebSeminar)

Freitag, 30. Oktober 2026

- [Datenschutzbeauftragte/r Arbeitsgruppe](#) (WebSeminar)



Amtliches

Ausschreibungen für Nachfolgezulassungen in gesperrten Planungsbereichen

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

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

Oder Sie besuchen unsere [Internetseite](#)

Impressum

KVNBachrichten

Das Rundschreiben der
Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen
2. Jahrgang, Nr. 09/2026

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; unten KVN-Bezirksstellen; S. 4 und S. 10: Müller;
S. 11, 12, 13: KVN-Bezirksstellen; S. 13: vdek; S. 14: hkk

September Ausgabe 2026 veröffentlicht am 11. September 2026