



Deutscher Berufsverband der  
Hals-Nasen-Ohrenärzte e. V.



Deutsche Gesellschaft für  
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde,  
Kopf- und Hals-Chirurgie e. V.

## Erhalt des Direktzugangs zur HNO-Heilkunde in einem Primärversorgungssystem

### Executive Summary

Der Deutsche Berufsverband der Hals-Nasen-Ohrenärzte e. V. (BVHNO) sowie die Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e. V. (DGHNO-KHC) fordern, die HNO-Heilkunde im künftigen Primärarztsystem den Augen- und Frauenärzten gleichzustellen und den direkten Zugang zum niedergelassenen HNO-Arzt zu erhalten. Dafür sprechen fünf Gründe:

- 1. Bestehender Direktzugang produziert keine Fehlsteuerung:** Rund 88 % der HNO-Behandlungsfälle erfolgen bereits heute ohne formale haus- oder kinderärztliche Überweisung und das tatsächliche Diagnosespektrum belegt, dass diese Patienten die sachgerechte Versorgungsebene erreichen. Bagatellfälle bilden eine Minderheit und werden in der HNO-Praxis im Rahmen der Grundpauschale abschließend behandelt. Eine Fehlsteuerung, die ein Gatekeeping korrigieren könnte, ist nicht erkennbar.
- 2. Spezifische HNO-Diagnostik:** Ohrmikroskopie, Tympanometrie, Nasen- und Kehlkopfendoskopie, Laryngostroboskopie, Ton- und Sprachaudiometrie sowie die apparative Vestibularis- und Riechdiagnostik stehen in der hausärztlichen Versorgung strukturell nicht zur Verfügung, sind bei entsprechenden HNO-Beschwerden aber diagnostisch notwendig. Anders als bei unspezifischen Leitsymptomen (etwa Bauchschmerzen), bei denen eine hausärztliche Steuerung sinnvoll ist, erfordert jedes HNO-Leitsymptom – analog zur Augenheilkunde – praktisch immer eine HNO-fachärztliche Diagnostik; die apparativen Verfahren werden millionenfach pro Jahr erbracht.<sup>[15]</sup>
- 3. Bestehende Steuerungselemente besser nutzen:** Mit der offenen Sprechstunde, der Terminservicestelle und dem Hausarztvermittlungsfall bestehen wirksame Steuerungsinstrumente; die HNO-Heilkunde weist dabei die kürzesten Vermittlungszeiten aller Fachgruppen auf. Auf den Hausarztvermittlungsfall entfallen dabei nur 3,5 % der HNO-Behandlungsfälle, während 13,1 % in der offenen Sprechstunde ohne Terminvereinbarung am selben Tag versorgt werden.<sup>[32]</sup> Das Terminmanagement ist im Direktzugang zudem präziser, weil Behandlungsanlass, apparative Ressourcen und Kapazität nur fachärztlich beurteilt werden können.
- 4. Wirtschaftlichkeit:** Weil HNO-Symptome ohnehin eine HNO-Diagnostik voraussetzen, ersetzt ein vorgeschalteter Haus- oder Kinderarztkontakt den Facharztbesuch nicht, sondern kommt als zusätzlicher Arztkontakt ohne therapeutischen Nutzen zu Lasten der Gesetzlichen

*Aufgrund der besseren Lesbarkeit wird im vorliegenden Text vorrangig das generische Maskulinum verwendet. Gemeint sind jedoch immer alle Geschlechter.*

Krankenversicherung hinzu. Eine Umlenkung der Patientenströme vom budgetierten HNO-fachärztlichen in die jeweils entbudgetierten haus- bzw. kinderärztlichen Versorgungsbereiche ist darüber hinaus aus gesundheitsökonomischer Sicht nicht sinnvoll.<sup>[13][16][19]</sup>

**5. Zeitkritik:** Bei bösartigen Neubildungen im Kopf-Hals-Bereich bestimmt das Stadium bei Erstdiagnose die Prognose; eine hausärztliche Zwischensteuerung kann die endoskopisch-biopsische Abklärung und damit die Behandlung verzögern.<sup>[1][2]</sup>

Hinzu kommt die internationale Praxis: In den OECD-Staaten mit Gatekeeping-Modellen besteht zwar eine erhebliche Heterogenität bei Verbindlichkeit, Anreizen und Ausnahmen. Bezeichnend ist, dass Dänemark trotz striktem Gatekeeping die HNO-Heilkunde ausdrücklich von der Überweisungspflicht ausnimmt.

**Forderung:** Die HNO-Heilkunde ist – analog zur Augenheilkunde und Gynäkologie – aus Gründen der Patientensicherheit, der Versorgungsqualität und der effizienten Nutzung begrenzter Gesundheitsressourcen ausdrücklich als Fachgebiet mit direktem Patientenzugang im Primärarzt-system zu verankern.

## Ausgangslage

Im Rahmen der Einführung eines Primärversorgungssystems in Deutschland soll der Facharztzugang künftig über eine primärärztliche Steuerung (Gatekeeping) organisiert werden. Für Augen- und Frauenärzte ist im Koalitionsvertrag der aktuellen Bundesregierung ein Direktzugang vorgesehen.<sup>[6]</sup> Aus medizinischer und gesundheitsökonomischer Sicht muss dies gleichermaßen für die HNO-Heilkunde gelten.

Der geforderte Direktzugang beruht auf Kriterien, die – analog zur bereits im Koalitionsvertrag vorgesehenen Ausnahme für Augenärzte – auch für die HNO-Heilkunde erfüllt sind: hochkomplexe Anatomie und Physiologie von Ohr, Gleichgewichtsorgan, Nase/Nasennebenhöhlen und Kehlkopf; hohe Prävalenz spezifischer Erkrankungen; Notwendigkeit spezieller, nur fachärztlich vorgehaltener Diagnostik; zeitkritische Krankheitsbilder; etablierte ambulante Versorgungsstrukturen. Beide Fachgebiete versorgen ein hochkomplexes Organsystem mit spezialisierter Diagnostik und übernehmen regelmäßig die Erstdiagnostik potenziell schwerwiegender Erkrankungen. Eine unterschiedliche regulatorische Behandlung wäre medizinisch und versorgungspolitisch kaum zu begründen.

In den meisten OECD-Staaten bestehen Formen des Gatekeepings, allerdings mit erheblicher Heterogenität hinsichtlich Verbindlichkeit, Anreizen und Ausnahmen.<sup>[7]</sup> Bezeichnend ist der Fall Dänemark: In diesem etablierten primärärztlichen System sind niedergelassene HNO- und Augenärzte wegen ihrer hohen Spezialisierung ausdrücklich vom Überweisungszwang ausgenommen.<sup>[3]</sup>

### Direktzugang zur HNO-Heilkunde im internationalen Vergleich

| Land                         | HNO ohne Überweisung            | Einordnung                                                            |
|------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| Deutschland                  | Ja                              | freie Facharztwahl im ambulanten Bereich (Status quo)                 |
| Österreich                   | Ja                              | freie Facharztwahl                                                    |
| Dänemark                     | Ja – ausdrückliche HNO-Ausnahme | trotz striktem Gatekeeping; durch HiT-/OECD-Berichte bestätigt        |
| Niederlande                  | Nein                            | Facharztzugang grundsätzlich nur per hausärztlicher Überweisung       |
| Polen, Spanien, Portugal     | Nein (öffentl. System)          | Überweisungspflicht zur Facharztversorgung                            |
| Frankreich, Belgien, Schweiz | Ja/gemischt                     | Direktzugang möglich, finanzielle Anreize für koordinierte Versorgung |

Quelle: BVHNO-Recherche

## 1. Bestehender Direktzugang produziert keine Fehlsteuerung

### Zuweisungsstruktur: Hausärzte leiten weiter, sie behandeln nicht abschließend

Bereits heute erfolgen rund 88 % der HNO-Behandlungsfälle ohne formale haus- oder kinderärztliche Überweisung.<sup>[14]</sup> Bundesweit versorgten die HNO-Praxen 2025 rund 13,3 Mio. Patienten; davon wurden rund 8,0 Mio. (etwa 60 %) in nur einem einzigen Quartal behandelt – typisch für ein klar zuzuordnendes, häufig akutes Beschwerdebild ohne Bedarf an dauerhafter hausärztlicher Koordination. Zuweisungen aus dem hausärztlichen Versorgungsbereich betrafen 2025 rund 2,4 Mio. Behandlungsfälle (Allgemeinmedizin 2,2 Mio.; Kinder- und Jugendmedizin 0,2 Mio.).<sup>[16]</sup> Gemessen an rund 22 Mio. HNO-Behandlungsfällen

---

# 88 %

der HNO-Behandlungsfälle erfolgen ohne formale Überweisung

---

bleibt der aus der Primärversorgung zugewiesene Anteil bei rund 11–12 %; die übrigen rund 88 % erfolgen im Direktzugang.<sup>[14]</sup> Umgekehrt überwiesen HNO-Ärzte 2025 rund 1,56 Mio. Behandlungsfälle gezielt in nachgeordnete Strukturen (v. a. Radiologie und Laboratoriumsmedizin).<sup>[16]</sup>

Vor diesem Hintergrund sollte die Ausgestaltung eines Primärversorgungssystems den strukturellen Gegebenheiten Rechnung tragen. Eine stärkere Steuerung von Patienten – ob digital, telefonisch oder durch Primärärzte – kann die Versorgung bestimmter Patientengruppen punktuell verbessern. Eine Ausweitung des Gatekeeping-Ansatzes dahingehend, dass ein hoher Prozentsatz der Patienten fallabschließend primärärztlich behandelt wird, führt nicht zum gewünschten Effekt. Da 88 % der HNO-Patienten die HNO-Praxis direkt aufsuchen und wiederum dort tatsächlich abschließend behandelt werden, werden diese Patienten weder von den Hausärzten noch den Kinderärzten wahrgenommen. Da sie nicht überwiesen wurden, gibt es auch keinen Arztbrief an den Primärarzt. Aus dieser Unkenntnis heraus, erklärt sich auch die Fehlannahme universitärer Allgemeinmediziner, ein Primärarzt könne diese Fälle fallabschließend behandeln. Erwähnt werden muss auch, dass in der Weiterbildungsordnung zum Facharzt für Allgemeinmedizin kein eigenständiger Weiterbildungsabschnitt in der HNO-Heilkunde vorgesehen ist. HNO-spezifische Kompetenzen beschränken sich auf wenige Basisfertigkeiten (Otoskopie, richtungsweisende Hörprüfung) im allgemeinmedizinischen Inhaltskatalog. Im Medizinstudium ist HNO-Heilkunde zwar Pflichtfach mit benotetem Leistungsnachweis, umfasst jedoch nur einen geringen Anteil der klinischen Ausbildung und im Zweiten Staatsexamen weniger als 5 % der Prüfungsfragen.

### **Diagnosespektrum: die richtigen Patienten erreichen die HNO-Praxis schon heute**

Dass der Direktzugang bereits heute zu einer sachgerechten Patientenzuordnung führt, zeigt das tatsächliche Diagnosespektrum der HNO-Praxen. Grundlage ist eine bundesweite Sonderauswertung der vertragsärztlichen Abrechnungsdiagnosen (§ 295 SGB V) durch das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi), die für das Jahr 2025 rund 22,4 Mio. HNO-Behandlungsfälle umfasst.<sup>[24]</sup>

### Häufigste HNO-Diagnosen mit zwingend fachärztlicher Diagnostik (bundesweit, 2025)

| ICD-10 · Diagnose                        | Anteil der Fälle | Erforderliche Diagnostik              | Primärärztlich?   |
|------------------------------------------|------------------|---------------------------------------|-------------------|
| H61.2 Zeruminalpfropf                    | 37,7             | Ohrmikroskopie, Absaugung unter Sicht | Nein <sup>1</sup> |
| H90.5 Schallempfindungsschwerhörigkeit   | 11,9             | Tonschwellenaudiometrie               | Nein              |
| Z46.1 Hörgeräteanpassung/-kontrolle      | 10,2             | Audiometrie, Hörgeräteanpassung       | Nein              |
| J34.2 Nasenseptumdeviation               | 8,2              | Rhinoskopie/Nasenendoskopie           | Nein              |
| H90.3 Beidseit. Schallempfindungsstörung | 7,1              | Tonschwellenaudiometrie               | Nein              |
| H93.1 Tinnitus                           | 6,7              | Audiometrie, Tinnitus-Diagnostik      | Nein              |
| J34.3 Nasenmuschelhyperplasie            | 6,3              | Nasenendoskopie                       | Nein              |
| J30.1 Allergische Rhinopathie (Pollen)   | 5,8              | Allergologische Testung               | Nein              |
| H69.8 Tubenfunktionsstörung              | 4,4              | Tympanometrie                         | Nein              |
| G47.31 Obstruktive Schlafapnoe           | 3,2              | Kardiorespiratorische Polygraphie     | Nein              |
| R42 · Schwindel und Taumel               | 2,6              | Vestibularis-/neurootolog. Diagnostik | Nein              |
| R49.0 · Dysphonie (Stimmstörung)         | 1,8              | Laryngoskopie/Stroboskopie            | Nein              |

<sup>1</sup> In Einzelfällen ist eine unkomplizierte Entfernung möglich; obturierendes Cerumen wird regelhaft mikroskopisch entfernt.

Quelle: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi), Sonderauswertung EDA 482: bundesweite vertragsärztliche Abrechnungsdaten gemäß § 295 SGB V, Fachgruppe HNO, Jahr 2025.<sup>[24]</sup>

Das Bild ist eindeutig: Nahezu alle führenden Diagnosen setzen zu ihrer Abklärung eine HNO-spezifische, primärärztlich nicht verfügbare Diagnostik voraus – Ton- und Impedanzaudiometrie, otoakustische Emissionen, Nasen- und Kehlkopfendoskopie, Vestibularis- und Schlafdiagnostik sowie die Ohrmikroskopie. Selbst die häufigste Einzeldiagnose – der Zeruminalpfropf (H61.2) – belegt keine Bagatellversorgung: Obturierendes Cerumen erfordert regelhaft die mikroskopische Entfernung unter Sicht, während die hausärztliche Ohrspülung bei Trommelfellpathologie oder Otitis externa kontraindiziert ist; häufig ist die Reinigung zudem erst die Voraussetzung für Otoskopie und Audiometrie im selben Behandlungsfall.<sup>[4]</sup> Das reale Diagnosespektrum belegt damit eine sachgerechte Patientenzuordnung – die richtigen Patienten erreichen bereits heute die HNO-fachärztliche Versorgung.

Ein zentrales Argument für ein Gatekeeping lautet, Bagatellfälle – prototypisch der „banale Schnupfen“ – ließen sich aus der fachärztlichen in die hausärztliche Versorgung umlenken und dort kostengünstiger erledigen. Die Abrechnungsdaten zeigen, dass solche Fälle zwar vorkommen, aber eine Minderheit bilden: Auf die gesamte Gruppe der akuten Infektionen der oberen Atemwege (ICD-10 J00–J06) entfallen 15,9 % der HNO-Behandlungsfälle; der eng gefasste banale Infekt (J00 Erkältungsschnupfen und J06 grippaler Infekt) macht zusammen nur rund 5,9 % aus.<sup>[24]</sup> Schon die weit gefasste 16 %-Gruppe enthält zudem Bilder, die gerade keine Bagatelle sind – etwa die akute Laryngitis (J04, rund 6,8 %), deren Leitsymptom Heiserkeit laryngoskopisch abzuklären ist.

Entscheidend ist jedoch: Selbst wenn man großzügig 10–20 % der Fälle als hausärztlich behandelbar unterstellte, entstünde durch eine Umleitung keine nennenswerte Einsparung. Ein banaler Infekt wird in der HNO-Praxis im Rahmen der Grundpauschale (GOP 09211: 26,12 €, budgetierungsbedingt effektiv niedriger) in wenigen Minuten abschließend behandelt – schneller und kostengünstiger als ein zusätzlicher hausärztlicher Kontakt, der mit der Versichertenpauschale (rund 15–26 €) zuzüglich Vorhaltepauschale (rund 17 €) im entbudgetierten und damit voll vergüteten Bereich zu Buche schlägt.<sup>[25]</sup> Die Umleitung verschöbe den Fall somit aus dem günstigeren, gedeckelten in den teureren, ungedeckelten Versorgungsbereich – ohne medizinischen Mehrwert.

Der BVHNO und die DGHNO-KHC erkennen ausdrücklich an, dass es solche Bagatellfälle gibt. Sie rechtfertigen jedoch nicht, den Zugang für 100 % der HNO-Patienten über ein Gatekeeping zu steuern: Eine Minderheit kostengünstig und schnell miterledigter Infekte erzeugt weder relevante Mehrkosten noch eine Fehlallokation, die den flächendeckenden Umbau eines funktionierenden Direktzugangs begründen könnte; im Gegenteil bände die Umleitung zusätzliche Termine in einem bereits überlasteten hausärztlichen Sektor.<sup>[23]</sup>

## 2. Spezifische HNO-Diagnostik

Die moderne HNO-Diagnostik beruht auf hochspezialisierten Verfahren, die in der ambulanten Versorgung regelhaft nur in HNO-Praxen verfügbar sind. Sie ermöglichen häufig bereits im Erstkontakt eine gesicherte Diagnose und eine unmittelbare Therapieentscheidung.

### Hochspezialisierte Verfahren der modernen HNO-Diagnostik:

- mikroskopische Ohruntersuchung
- Ton- und Impedanzaudiometrie einschließlich otoakustischer Emissionen
- flexible und starre Endoskopie von Nase, Nasopharynx und Kehlkopf (einschließlich Stroboskopie)
- vestibuläre und neurootologische Diagnostik

Entscheidend ist ein struktureller Unterschied zur übrigen ambulanten Versorgung: Bei unspezifischen Leitsymptomen wie Bauchschmerzen, die durch eine Vielzahl von Ursachen bedingt sein können, ist eine hausärztliche Steuerung sinnvoll und effizient. Symptome im HNO-Gebiet verhalten sich – analog zur Augenheilkunde – grundlegend anders: Nahezu jedes HNO-Leitsymptom führt zwingend auf eine HNO-spezifische Diagnostik. Jede Hörminderung, jeder akute Schwindel, jeder Ohrenschmerz, jede Schluckstörung und jede länger bestehende Heiserkeit erfordert die HNO-fachärztliche Untersuchung<sup>[17]</sup> – erst sie erlaubt die Unterscheidung zwischen unkritischer und kritischer Symptomatik. Eine vorgeschaltete hausärztliche Konsultation kann diese Unterscheidung mangels der erforderlichen Methoden nicht leisten. Durch sie kommt lediglich ein Schritt ohne diagnostischen Mehrwert hinzu.

Dieser Umstand wird in Zukunft an Bedeutung gewinnen: Die HNO-Diagnostik wird zunehmend spezifischer (z. B. objektive, seiten- und sensorspezifische Fünf-Rezeptoren-Vestibularisdiagnostik, Video-Kopfimpulstest, Stroboskopie). Auch die Neurootologie – die apparative Beurteilung des Gleichgewichtssystems – ist ausschließlich in der HNO-Heilkunde etabliert und hausärztlich nicht abbildbar.<sup>[5]</sup>

### HNO-Diagnostik: millionenfach erbracht, primärärztlich nicht verfügbar

Die genannten Verfahren sind kein Nischenangebot. Ihre Erbringungshäufigkeit ist über die vertragsärztlichen Abrechnungsdaten dokumentiert.

Die ohrmikroskopische bzw. spiegelnde Eingangsuntersuchung gehört zur Untersuchung praktisch jedes Patienten. Sie ist Bestandteil der Grundpauschale und wird in den allermeisten Fällen

erbracht, ohne in der Frequenzstatistik abgebildet zu sein. Die apparativen HNO-Verfahren werden ausweislich der KBV-Leistungshäufigkeiten 2024 in absoluten Zahlen millionenfach pro Jahr erbracht; nur sehr wenige davon stehen in der primärärztlichen Versorgung zur Verfügung.<sup>[15]</sup>

#### Häufigste HNO-Leistungen und ihre primärärztliche Verfügbarkeit (bundesweit, 2024)

| HNO-Leistung (EBM-GOP)                                         | Leistungen 2024 | Anteil je Fall | Primärärztlich? |
|----------------------------------------------------------------|-----------------|----------------|-----------------|
| Lupenlaryngoskopie (09311)                                     | 5,96 Mio.       | ~ 27 %         | Nein            |
| Tonschwellenaudiometrie (09320)                                | 3,61 Mio.       | ~ 17 %         | Nein            |
| Impedanz/Stapediusreflex (09323)                               | 3,51 Mio.       | ~ 16 %         | Nein            |
| Kleinchirurgische Eingriffe im HNO-/Mund-Bereich (09360–09362) | 2,96 Mio.       | ~ 14 %         | Nein            |
| Hörgeräteversorgung (09372–09375)                              | 1,88 Mio.       | ~ 9 %          | Nein            |
| Hyposensibilisierung (30130)                                   | 1,20 Mio.       | ~ 6 %          | Nein            |
| Otoakustische Emissionen (09324)                               | 1,03 Mio.       | ~ 5 %          | Nein            |
| Tinnitus-Diagnostik (09343)                                    | 0,71 Mio.       | ~ 3 %          | Nein            |
| Pricktest/kutane Testung Typ I (30111)                         | 0,69 Mio.       | ~ 3 %          | Nein            |
| NNH-Sonografie (33011)                                         | 0,51 Mio.       | ~ 2 %          | Nein            |
| Labyrinthprüfung m. Nystagmographie (09325)                    | 0,47 Mio.       | ~ 2 %          | Nein            |
| Kardiorespiratorische Polygraphie (30900)                      | 0,35 Mio.       | ~ 2 %          | Nein            |
| Retrocochleäre Diagnostik/BERA (09326)                         | 0,19 Mio.       | ~ 1 %          | Nein            |

Quelle: KBV, Leistungshäufigkeiten je GOP (Honorarbericht), Abrechnungsgruppe HNO, 2024; Werte auf ganze Tausend gerundet.<sup>[15]</sup>

Allein die hier ausgewiesenen Leistungen summieren sich auf mehr als 23 Mio. Einzelleistungen (Untersuchungen, Behandlungen und Eingriffe) pro Jahr – ganz überwiegend primärärztlich nicht erbringbar. Ein vorgeschaltetes Gate-keeping kann diese Diagnostik weder ersetzen noch vorab beurteilen.

# 23 Mio.

nicht primärärztlich erbringbare  
HNO-Leistungen pro Jahr

#### Otoskopie (Haus-/Kinderarzt) vs. Ohrmikroskopie (HNO) – ein qualitativer Unterschied

Haus- und Kinderärzte beurteilen das Ohr mit Otoskop bzw. Ohrlupe: monokular, ein- bis zweifache Vergrößerung, einfache Beleuchtung und ohne Reinigung unter Sicht. Die HNO-ärztliche Ohrmikroskopie ist binokular und räumlich, vergrößert unter koaxialem Weißlicht bis zu 63-fach und erlaubt zugleich das Absaugen und Reinigen des Gehörgangs unter Sicht. So werden Cholesteatom, Trommelfellretraktionen und -perforationen, Paukenergüsse sowie Frühzeichen bösartiger Tumoren zuverlässig beurteilbar.<sup>[4]</sup> Die hausärztliche Ohrinspektion kann die HNO-ärztliche Ohrmikroskopie daher nicht ersetzen.

### **3. Bestehende Steuerungselemente müssen besser genutzt werden**

Bereits heute bestehen verschiedene Steuerungselemente in der vertragsärztlichen Versorgung. Für eine schnelle Vergabe von Facharztterminen wurden mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) im Jahr 2019 mehrere Instrumente eingeführt: die Erhöhung der Mindestsprechstunden auf 25 pro Woche, der Ausbau der Terminservicestellen (TSS) sowie Vergütungsanreize für schnellere Termine (sog. TSVG-Patientenfälle).

Diese Anreize sind seither schrittweise zurückgenommen worden. Die Neupatientenregelung wurde 2023 durch den Hausarztvermittlungsfall ersetzt, mit dem Hausärzte eine dringliche Überweisung zum Facharzt ausstellen können. Mit dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz (GKV-BStabG) entfällt nun auch die extrabudgetäre Vergütung der TSVG-Fälle. Die vorhandene Steuerung wird damit nicht weiterentwickelt, sondern finanziell entkernt: Die gesetzlichen Pflichten bleiben bestehen, die Vergütung, die sie getragen hat, fällt weg.

Neben der Steuerung im Kollektivvertrag besteht mit der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) ein optionales primärärztliches Versorgungsmodell; derzeit sind rund zwölf Prozent der Bevölkerung in einen Hausarztvertrag eingeschrieben.<sup>[26]</sup> Keiner wirksamen Steuerung unterliegt hingegen die Inanspruchnahme der Notfallambulanzen an den Krankenhäusern. Gerade Patienten mit „Bagatellerkrankungen“ binden dort unnötig Ressourcen.<sup>[27]</sup>

#### **Schiefe Wartezeitendebatte**

Die Pläne zur Einführung eines Primärarztsystems werden maßgeblich durch die Debatte über Wartezeiten und die sogenannte Zweiklassenmedizin angetrieben. Dabei sind die Wartezeiten auf einen Facharzttermin hierzulande im internationalen Vergleich kurz. Nach einer Befragung der OECD aus dem Jahr 2020 erhielten in Deutschland 75 Prozent der Patienten innerhalb eines Monats einen Facharzttermin. Damit lag Deutschland gemeinsam mit der Schweiz und den Niederlanden an der Spitze.<sup>[28]</sup> Eine Versichertenbefragung des GKV-Spitzenverbandes bestätigt dies: Jeder Zweite kann den Facharzt innerhalb von zehn Tagen sprechen, 25 Prozent warten länger als 30 Tage.<sup>[30]</sup>

#### **Die bestehenden Instrumente wirken – in der HNO-Heilkunde besonders**

Wie wirksam die vorhandenen Steuerungselemente sind, zeigen aktuelle Auswertungen des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi). Über den 116117-Terminservice wurden 2025 rund 1,84 Mio. Termine vermittelt, die durchschnittliche Wartezeit lag bei 8,6 Tagen, 91 Prozent der Versicherten erhielten ihren Termin in weniger als 28 Tagen – und zwar in genau jenen Fällen, in denen sie zuvor auf eigenem Weg keinen Termin gefunden hatten.<sup>[31]</sup>

Für die HNO-Heilkunde fällt das Ergebnis nochmals deutlicher aus. Sie ist bundesweit die Fachgruppe mit den meisten Hausarztvermittlungsfällen: Im Zeitraum Q4 2024 bis Q3 2025 entfielen 772.313 der insgesamt rund 4,49 Mio. Fälle auf die HNO-Heilkunde. 80 Prozent dieser Termine wurden binnen vier Tagen vermittelt – gegenüber 62 Prozent im Bundesdurchschnitt aller Fachgruppen. Bei den 99.131 TSS-Fällen desselben Zeitraums wurde ein Drittel der HNO-Patienten bereits am Kalendertag nach der Ersteinschätzung als Akutfall versorgt; bundesweit lag dieser Anteil bei fünf Prozent.<sup>[32][33]</sup>

Bestätigt wird dies durch den Bericht der Terminservicestellen für das Jahr 2024: Beim Terminangebot lag die HNO nach Radiologie, Psychotherapie und Allgemeinmedizin auf dem vierten Platz, die durchschnittliche Vermittlungsdauer betrug lediglich drei Tage – 56 Prozent der Termine wurden innerhalb eines Tages, 32 Prozent innerhalb einer Woche vermittelt.<sup>[29]</sup> Das Argument der langen Wartezeit trifft für die HNO-Heilkunde nachweislich nicht zu.

Vor diesem Hintergrund lohnt der Blick auf die Größenordnung. 2025 rechnete die HNO-Heilkunde 22.358.943 Behandlungsfälle ab. Auf den Hausarztvermittlungsfall entfielen davon

773.133 Fälle (3,5 %) und auf die Terminservicestellen 105.339 Fälle (0,5 %). Demgegenüber wurden 2.935.760 Fälle (13,1 %) in der offenen Sprechstunde versorgt – fast viermal so viele wie über die hausärztliche Vermittlung.<sup>[34]</sup> Das Verhältnis kehrt das gängige Bild um: Von einer übermäßigen Ausnutzung des Hausarztvermittlungsfalls kann bei einem Anteil von 3,5 % keine Rede sein. Die HNO-Heilkunde stellt Kapazität für den unmittelbaren Zugang bereit: In der offenen Sprechstunde werden die Patienten ohne Terminvereinbarung am selben Tag versorgt.

### Besseres Terminmanagement

Steuerung in der fachärztlichen Versorgung besteht wesentlich darin, den Behandlungsanlass dem passenden Termin zuzuordnen. Entscheidend ist dabei, dass es nicht den einen HNO-Termin gibt, sondern eine Vielzahl unterschiedlicher Terminarten: Sie unterscheiden sich in Dringlichkeit, apparativem Aufwand und erforderlicher Fachkompetenz und sind jeweils an eigene Ressourcen und Zeitfenster gebunden.

#### HNO-Termin ist nicht gleich HNO-Termin

Hinter dem einheitlichen Begriff „HNO-Termin“ verbergen sich Behandlungsanlässe, die sich in Dringlichkeit, apparativem Aufwand und erforderlicher Fachkompetenz grundlegend unterscheiden. Vier typische Beispiele verdeutlichen die Bandbreite:

- **Hörtest (Audiometrie)** – planbar, aber apparativ anspruchsvoll: kalibrierte Messtechnik, schallisolierte Umgebung und fachärztliche Befundung.
- **Akuttermin (Schmerzen, Schwindel, Fieber)** – zeitkritische Anlässe wie Hörsturz, Drehschwindel oder drohender Abszess. Rasche fachärztliche Abklärung entscheidet über den Behandlungserfolg.
- **Allergietest** – planbarer, oft mehrstufiger, teils saisonabhängiger Diagnostikpfad als Grundlage einer spezifischen Immuntherapie. Erfordert Erfahrung in Durchführung, Interpretation und ggf. Notfallmanagement.
- **OP-Nachsorge** – terminkritische Kontrollen (Wundkontrolle, Tamponaden- oder Fadenentfernung), an enge Zeitfenster gebunden und beim operierenden Facharzt zu erbringen.

Diese Zuordnung erfolgt fortlaufend gegen die verfügbare Kapazität und setzt Kenntnis der fachspezifischen Diagnostik und der vorgehaltenen Praxisressourcen voraus. Eine vorgeschaltete primärärztliche Konsultation kann Beschwerden zuverlässig weiterleiten; für die Zuordnung zum zutreffenden Termintyp fehlt ihr jedoch die erforderliche Diagnostik. Es entstünde daher eine unspezifische Überweisung, die in der HNO-Praxis ohnehin noch einzuordnen wäre – ein zusätzlicher Verfahrensschritt ohne Steuerungsgewinn. Das Terminmanagement ist im Direktzugang also nicht schwächer, sondern präziser: Es erfolgt dort, wo Behandlungsanlass, apparative Ressource und Kapazität gemeinsam beurteilt werden können.

## 4. Wirtschaftlichkeit: Direktzugang ist ökonomisch überlegen

Ausgangspunkt der ökonomischen Betrachtung sind die HNO-Behandlungsfälle. 2024 wurden bundesweit rund 22,4 Mio. HNO-Behandlungsfälle erbracht<sup>[14]</sup>; zwischen 2021 und 2024 stieg ihre Zahl um rund 12,3 % – der höchste Zuwachs unter den grundversorgenden Fachärzten.<sup>[22]</sup> Hinzu kommt, dass HNO-Patienten kaum zwischen Praxen wechseln: Nach den Abrechnungsdaten, die der Verband der Ersatzkassen (vdek)

---

# 0,69 Mrd. €

mögliche jährliche Zusatzbelastung der GKV durch zusätzlichen primärärztlichen Kontakt

---

seinem eigenen Steuerungskonzept zugrunde legt, nehmen 92,9 % der Versicherten in der HNO-Heilkunde genau eine Praxis in Anspruch, nur 6,5 % zwei und 0,7 % drei oder mehr – eine deutlich höhere Konzentration als etwa in der hausärztlichen Versorgung (81,7 %).<sup>[21]</sup> Ein „Ärztelhopping“, das eine vorgeschaltete Steuerung eindämmen könnte, findet in der HNO also praktisch nicht statt; ein Gatekeeping schuf hier keinen Koordinationsnutzen, sondern allein Zusatzaufwand.

Weil HNO-Symptome die HNO-Diagnostik ohnehin erzwingen, ersetzt ein vorgeschalteter Haus- oder Kinderarztkontakt den notwendigen HNO-Kontakt nicht – er tritt additiv hinzu. Der maßgebliche Zusatzaufwand je gesteuertem Fall ist daher nicht der volle hausärztliche Fallwert, sondern die zusätzlich ausgelöste Versichertenpauschale (altersklassenabhängig rund 15–26 €, zzgl. der regelhaft zugesetzten Vorhaltepauschale von rund 17 €), die auf den ohnehin anfallenden HNO-Fallwert (52,45 €) aufgeschlagen wird.<sup>[20]</sup> Von diesen Behandlungsfällen entfielen nur rund 2,71 Mio. (12,1 %) auf Überweisungen von Haus- und Kinderärzten; rund 88 % (etwa 19,7 Mio.) erfolgten im Direktzugang.<sup>[14]</sup> Genau dieser Direktzugangsanteil würde in einem Primärarztsystem zusätzliche, voll zu vergütende Primärarztkontakte auslösen – mit Kostenanstieg statt Einsparung.

#### **Größenordnung der Mehrkosten (illustrativ)**

Würde ein Teil der rund 19,7 Mio. bislang direkt zugänglichen HNO-Behandlungsfälle künftig einen zusätzlichen primärärztlichen Kontakt auslösen, ergäbe sich – bewertet mit dem tatsächlichen Zusatzaufwand je Kontakt (Versichertenpauschale zzgl. Vorhaltepauschale, zusammen rund 35 €) – folgende jährliche Zusatzbelastung der GKV: bei 25 % rund 0,17 Mrd. €, bei 50 % rund 0,34 Mrd. €, bei 100 % rund 0,69 Mrd. €.<sup>[20]</sup> Entscheidend ist weniger die exakte Größenordnung als die Richtung: Weil dieser Zusatzaufwand in den entbudgetierten Primärarztbereichen voll, im budgetierten HNO-Bereich aber nur anteilig vergütet wird, entsteht echte, ungedeckelte GKV-Mehrbelastung – ohne belegten medizinischen Nutzen.

#### **Fehlsteuerung aus budgetierten in unbudgetierten Versorgungsbereich**

Entscheidend ist eine Vergütungsasymmetrie zwischen den Versorgungsbereichen. Die Leistungen der Kinder- und Jugendmedizin sind seit dem 1. April 2023, die der hausärztlichen Versorgung seit dem 1. Oktober 2025 entbudgetiert; sie werden ohne Mengenbegrenzung zum vollen Preis vergütet.<sup>[19]</sup> Die HNO-Heilkunde bleibt demgegenüber budgetiert: Ihre morbiditätsbedingte Gesamtvergütung ist gedeckelt, sodass Mehrmengen nur anteilig vergütet werden – die Auszahlungsquote der HNO-Abrechnungsgruppe lag 2025 im MGV-Bereich bei lediglich 86 %.<sup>[16]</sup> Ein Gatekeeping leitet die Patientenströme somit aus einem budgetierten in zwei entbudgetierte Versorgungsbereiche um. Aus der Kostenperspektive der Krankenkassen ist das die falsche Richtung: Der zusätzliche Primärarztkontakt wird voll und ungedeckelt vergütet, während der ohnehin notwendige HNO-Kontakt im gedeckelten Bereich verbleibt – Zusatzaufwand ohne Einsparung an anderer Stelle.

Eine primärärztliche Steuerung ist zudem nicht zwangsläufig mit Kosteneinsparungen verbunden. Die bislang größte länderübergreifende deutsche Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung zeigt, dass die Steuerung ihre Ziele verfehlt: Die Facharztkontakte gingen nicht zurück, sondern stiegen an; die Krankenhausinanspruchnahme sank nicht; allein bei der TK entstanden Mehrkosten von über 160 Mio. € pro Jahr.<sup>[12]</sup> Internationale Übersichten bestätigen, dass Gatekeeping die Koordination verbessern kann, ohne die Gesamtausgaben konsistent zu senken.<sup>[8][9]</sup> Der ökonomische Effekt liegt damit in einer Verlagerung, nicht in einer Einsparung.

## 5. Zeitkritische Erkrankungen: Verzögerung verschlechtert die Prognose

Bei bösartigen Neubildungen im Kopf-Hals-Bereich hängen Überleben und Lebensqualität unmittelbar vom Stadium bei Erstdiagnose ab.<sup>[2]</sup> Rachen- und Kehlkopfkarzinome sind im Frühstadium häufig kurativ behandelbar: Für das frühe Glottiskarzinom (T1, v. a. Stimmlippenkarzinome) werden krankheitsspezifische 5-Jahres-Überlebensraten von etwa 91–97 % berichtet. Insgesamt wird mehr als die Hälfte der Kehlkopfkarzinome im Frühstadium entdeckt.<sup>[2]</sup>

---

# 91-97 %

5-Jahres-Überlebensrate bei frühem Glottiskarzinom

---

Leitsymptom des Glottiskarzinoms ist die Heiserkeit; bei über 90 % ist sie das führende, oft einzige Frühsymptom.<sup>[18]</sup> Gerade weil sie früh auftritt, wird das Glottiskarzinom vergleichsweise häufig noch im kurativen Frühstadium erkannt – vorausgesetzt, sie wird zeitnah laryngoskopisch und damit HNO-fachärztlich abgeklärt.<sup>[17]</sup> Wird die Diagnose erst im metastasierten Stadium gestellt, verläuft die Erkrankung trotz aufwendiger multimodaler Therapie in der Mehrzahl der Fälle tödlich.

Auch die Zeit bis zu Diagnose und Therapie ist prognostisch relevant: Bei Kopf-Hals-Tumoren gehen längere Intervalle mit höherem Stadium und schlechterem Überleben einher.<sup>[1][10][11]</sup> Entscheidend ist, wo die längeren Intervalle entstehen. Gehen sie auf Behandler- oder Überweisungsverzögerungen zurück, sind sie mit fortgeschrittenerem Stadium assoziiert; für die diagnostische Verzögerung insgesamt ist ein Stadienzusammenhang dagegen nicht durchgängig belegt, wohl aber ein Zusammenhang mit dem Überleben.<sup>[18]</sup>

Ein vorgeschaltetes Gatekeeping erzeugt strukturell genau diese Verzögerung: Es fügt bei zeitkritischen Erkrankungen einen diagnostisch substanzlosen Zwischenschritt ein und verzögert damit die endoskopisch-biopsische Abklärung und die Behandlung.

### Internationale Erfahrung: das Beispiel Dänemark

Bezeichnend ist der Blick nach Dänemark. Weil striktes Gatekeeping dort zu langen Diagnoseintervallen geführt hatte, wurden 2008 standardisierte Krebs-Dringlichkeitspfade eingeführt – zuerst unter anderem für Kopf-Hals-Tumoren. Niedergelassene HNO- und Augenärzte sind vom Überweisungszwang ausdrücklich ausgenommen.<sup>[3]</sup>

Deutschland verfügt über diesen Zugangsweg bereits. Eine Einschränkung des bestehenden Direktzugangs durch ein vorgeschaltetes Gatekeeping würde Zeit gerade dort kosten, wo das Stadium bei Erstdiagnose über die Prognose entscheidet.

### Schlussfolgerung und Forderung

Die vorgenannten Argumente sprechen dafür, die HNO-Heilkunde im künftigen Primärarztsystem den Augen- und Frauenärzten gleichzustellen.

Ein Steuerungsdefizit, das ein Gatekeeping korrigieren könnte, ist nicht erkennbar. Rund 88 % der HNO-Behandlungsfälle erfolgen bereits heute ohne haus- oder kinderärztliche Überweisung und das Diagnosespektrum belegt, dass diese Patienten die sachgerechte Versorgungsebene erreichen. Bagatelldfälle bilden eine Minderheit und werden in der HNO-Praxis im Rahmen der Grundpauschale abschließend behandelt.

HNO-Symptome erfordern HNO-Diagnostik. Ohrmikroskopie, Endoskopie, Audiometrie sowie die apparative Vestibularis- und Riechdiagnostik stehen hausärztlich nicht zur Verfügung, sind bei HNO-Symptomen aber zwingend. Anders als bei unspezifischen Leitsymptomen erfordert nahezu jedes HNO-Leitsymptom – wie in der Augenheilkunde – die HNO-fachärztliche Diagnostik.

Weil diese Diagnostik ohnehin erforderlich ist, ersetzt ein vorgeschalteter Haus- oder Kinderarztkontakt den Facharztbesuch nicht, sondern tritt additiv hinzu. Er wird zusätzlich vergütet, während der HNO-Kontakt unverändert anfällt – Mehrkosten ohne Gegenwert. Da HNO-Patienten kaum zwischen Praxen wechseln, steht dem auch kein Koordinationsnutzen gegenüber; die größte deutsche HzV-Evaluation bestätigt den Befund: Verlagerung statt Einsparung.

Wirksame Steuerungsinstrumente bestehen bereits. Mit der offenen Sprechstunde, der Terminservicestelle und dem Hausarztvermittlungsfall weist die HNO-Heilkunde die kürzesten Vermittlungszeiten aller Fachgruppen auf, während auf den Hausarztvermittlungsfall nur 3,5 % ihrer Behandlungsfälle entfallen und 13,1 % in der offenen Sprechstunde am selben Tag versorgt werden. Ein übermäßiges Profitieren an den Sondervergütungen des TSVG lässt sich daraus nicht ableiten. Diese Instrumente werden derzeit finanziell entkernt, statt weiterentwickelt zu werden.

Verzögerungen sind bei zeitkritischen Erkrankungen prognoserelevant. Bei bösartigen Neubildungen im Kopf-Hals-Bereich entscheidet das Stadium bei Erstdiagnose über den Verlauf; Verzögerungen, die auf Behandler- oder Überweisungsverzögerungen zurückgehen, sind mit fortgeschrittenerem Stadium assoziiert – genau diese Verzögerung erzeugt ein vorgeschaltetes Gatekeeping.

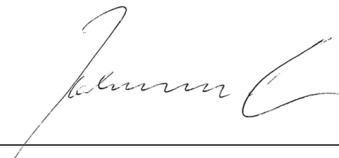
Gestützt wird diese Position durch den internationalen Vergleich: Zwar bestehen in den meisten OECD-Staaten Gatekeeping-Modelle, jedoch mit erheblicher Heterogenität hinsichtlich Verbindlichkeit, Anreizen und Ausnahmen. Bezeichnend ist, dass Dänemark trotz striktem Gatekeeping die HNO-Heilkunde ausdrücklich vom Überweisungserfordernis ausnimmt. Ein direkter HNO-Zugang steht damit nicht im Widerspruch zu einem koordinierten Versorgungssystem, sondern entspricht auch international etablierter Praxis.

**Forderung des BVHNO:** Aus Gründen der Patientensicherheit, der Versorgungsqualität und der effizienten Nutzung begrenzter Gesundheitsressourcen ist die HNO-Heilkunde ausdrücklich als Fachgebiet mit direktem Patientenzugang im künftigen Primärarztsystem zu verankern.



**Prof. Dr. Jan Löhler**

Präsident  
Deutscher Berufsverband der HNO-Ärzte e. V.  
(BVHNO)



**Prof. Dr. h. c. Thomas Zahnert**

Präsident  
Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e. V.  
(DGHNO-KHC)

## Literatur und Quellen

[1] Schutte HW, Heutink F, Wellenstein DJ et al. Impact of Time to Diagnosis and Treatment in Head and Neck Cancer: A Systematic Review. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2020;162(4):446–457.

[2] Stadien- und Überlebensdaten Kopf-Hals-/Larynxkarzinom: u. a. Daten zum frühen Glottiskarzinom (T1: 5-Jahres-krankheitsspezifisches Überleben ~91–97 %, lokale Kontrolle ~85–95 %).

[3] Jensen H, Tørring ML, Vedsted P. Prognostic consequences of implementing cancer patient pathways in Denmark (BMC Cancer); sowie Vedsted-Arbeitsgruppe zum dänischen Direktzugang niedergelassener HNO-/Augenärzte trotz Gatekeeping und zur Einführung der Cancer Patient Pathways (2008).

[4] Löhler J, Mathes T, Dazert S, Zahnert T, Deitmer T, Stöver T, Guntinas-Lichius O. Risiken und Komplikationen bei der Cerumenentfernung – Praxisalltag und KI-basierte Literaturrecherche. *Laryngorhinootologie* 2026;104. DOI: 10.1055/a-2811-3985.

[5] Walther LE. HNO-ärztliche Diagnostik und Therapie von Schwindelsyndromen. *HNO* 2025;73:628–649.

**[6]** Koalitionsvertrag CDU/CSU/SPD 2025: verbindliches Primärarztsystem bei freier Arztwahl; Direktzugang für Augen- und Frauenärzte vorgesehen.

**[7]** Hämmerli M, Milstein R, Mueller M. Incentivising patient pathways in outpatient care: A review of gatekeeping and cost-sharing policies across the OECD. OECD Health Working Papers No. 196. Paris: OECD Publishing; 2026.

**[8]** Velasco Garrido M, Zentner A, Busse R, Hisashige A. The Effects of Gatekeeping: A Systematic Review of the Literature. European Commission; 2011.

**[9]** Hofmann M, Mühlenweg AM. Gatekeeping in German Primary Health Care – Impacts on Coordination of Care, Quality Indicators and Ambulatory Costs. Hamburg; 2023.

**[10]** Neal RD et al. Is increased time to diagnosis and treatment in symptomatic cancer associated with poorer outcomes? A systematic review. Br J Cancer. 2015;112(Suppl 1):S92–S107.

**[11]** Lyratzopoulos G et al. Variation in number of general practitioner consultations before hospital referral / diagnostic intervals in cancer. Lancet Oncol. 2015.

**[12]** Schreyögg J et al., Hamburg Center for Health Economics (HCHE), Universität Hamburg. Evaluation der Hausarzt-zentrierten Versorgung (HzV) im Auftrag der Techniker Krankenkasse; größte länderübergreifende HzV-Evaluation, 13 Bundesländer, Daten 2015–2024, > 1 Mio. Teilnehmende (Entropy Balancing, Difference-in-Differences). Pressegespräch TK/HCHE, 29.05.2026.

**[13]** Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV): Honorarbericht nach § 87c SGB V, Quartal 2/2024 – durchschnittliche Fallwerte je Fachgruppe (HNO 52,45 €; Allgemeinmedizin/hausärztl. Internisten 75,56 €; Kinder-/Jugendmedizin 76,22 €).

**[14]** Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi): Bundesweite pseudonymisierte, krankenkassenübergreifende vertragsärztliche Abrechnungsdaten gemäß § 295 SGB V, 2024.

**[15]** Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV): Leistungshäufigkeiten je Gebührenordnungsposition (Honorarbericht), 1. Quartal 2019 bis 1. Quartal 2025, Abrechnungsgruppe Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde; Auswertungsjahr 2024 (Leistungen gerundet auf ganze Tausend). EBM-Leistungslegenden: 09311 Lupenlaryngoskopie, 09320 Tonschwellenaudiometrie, 09323 Reflexbestimmung an den Mittelohrmuskeln, 09324 otoakustische Emissionen, 09325 Labyrinthprüfung mit nystagmographischer Aufzeichnung, 09326 retro-cochleäre Diagnostik; 33011 Sonographie der Nasennebenhöhlen; 30111 allergologischer Komplex Soforttyp (einschl. Pricktestung); 30130/30131 Hyposensibilisierungsbehandlung; 09372–09375 Hörgeräteversorgung (Anpassung/Kontrolle); 30900 kardiorespiratorische Polygraphie; 09343 Zusatzpauschale Diagnostik des Tinnitus; 09360–09362 klein-chirurgische Eingriffe im HNO-/Mund-Bereich; Grundpauschalen 09210–09212.

**[16]** Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Dezernat Vergütung und Gebührenordnung: Abrechnungsstatistik der KBV, Abrechnungsgruppe HNO, Jahr 2025 (Bund) – 13,3 Mio. Patienten (Quartalsverteilung: 8,0 / 3,1 / 1,3 / 0,9 Mio. bei 1–4 Quartalen); Zuweisungen aus dem hausärztlichen Versorgungsbereich 2,4 Mio. Behandlungsfälle (Allgemeinmedizin 2,2 Mio.; Kinder-/Jugendmedizin 0,2 Mio.); von HNO-Ärzten überwiesene Fälle rund 1,56 Mio. (u. a. Radiologie 526 Tsd., Laboratoriumsmedizin 472 Tsd., HNO-Operateure 223 Tsd.); Auszahlungsquote der HNO-Abrechnungsgruppe 2025: Gesamt 90 %, MGv-Bereich 86 %.

**[17]** Reiter R, Hoffmann TK, Pickhard A, Brosch S. Heiserkeit – Ursachen und Therapie. Dtsch Arztebl Int 2015;112(19):329–337. DOI: 10.3238/arztebl.2015.0329 – Heiserkeit als Leitsymptom u. a. des Stimmlippenkarzinoms; bei Risikofaktoren oder Warnsymptomen umgehende, bei Persistenz (ab etwa drei Wochen, spätestens nach drei Monaten) laryngoskopische Abklärung durch den HNO-Arzt indiziert.

**[18]** Goy J, Hall SF, Feldman-Stewart D, Groome PA. Diagnostic Delay and Disease Stage in Head and Neck Cancer: A Systematic Review. Laryngoscope. 2009;119(5):889–898. DOI: 10.1002/lary.20185.

**[19]** Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG): Entbudgetierung der hausärztlichen Versorgung nach § 87a Abs. 3c SGB V zum 1. Oktober 2025 – Leistungen des EBM-Kapitels 3 sowie hausärztliche Hausbesuche werden ohne MGv-Begrenzung vollständig vergütet; Erweiterter Bewertungsausschuss, Verfahrensbeschluss vom 20.05.2025. Die Leistungen der Kinder- und Jugendmedizin sind bereits seit dem 1. April 2023 entbudgetiert.

**[20]** Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM), Kapitel 3: hausärztliche Versichertenpauschale (GOP 03000, altersklassendifferenziert 03001–03005) und automatisch zuge-setzte Vorhaltepauschale (GOP 03040); bundeseinheitlicher Orientierungswert 2025: 12,3934 Cent je Punkt. Euro-Beträge gerundet; die Versichertenpauschale bewegt sich altersklassenabhängig etwa zwischen 15 € und 26 €, die Vorhaltepauschale bei rund 17 €.

**[21]** Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek): Das persönliche Ärzteteam – Konzept der Ersatzkassen zur Patientensteuerung, 23.05.2025. Inanspruchnahme verschiedener Praxen einer Fachgruppe (Datenbasis: GKV-Abrechnungsdaten 2022): Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde 92,9 % genau eine Praxis, 6,5 % zwei, 0,7 % drei und mehr; Hausarzt 81,7 % genau eine Praxis.

**[22]** Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi): Zi-Trendreport 2024 (4. Quartal). 2024 rund 22,41 Mio. HNO-Behandlungsfälle; Anstieg um rund 12,3 % gegenüber 2021 – höchster Zuwachs unter den grundversorgenden Fachgruppen –, während die hausärztlichen Behandlungsfälle im selben Zeitraum um rund 0,3 % zurückgingen.

**[23]** Bertelsmann Stiftung (Hrsg.), in Zusammenarbeit mit dem BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung: Zukunftsperspektiven für die hausärztliche Versorgung. Kurzfassung, Gütersloh, 2. Oktober 2025 Online: [www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/Projekte/Versorgungsstrukturen\\_patientenorientiert\\_gestalten/Kurzfassung\\_Zukunftsperspektiven\\_fuer\\_die\\_hausaerztliche\\_versorgung\\_20251002.pdf](http://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/Projekte/Versorgungsstrukturen_patientenorientiert_gestalten/Kurzfassung_Zukunftsperspektiven_fuer_die_hausaerztliche_versorgung_20251002.pdf) (Zugriff am 13.07.2026).

**[24]** Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi): Sonderauswertung EDA 482 – häufigste Abrechnungsdiagnosen (ICD-10) in Behandlungsfällen von HNO-Ärzten; bundesweite vertragsärztliche Abrechnungsdaten gemäß § 295 SGB V, Auswertungszeitraum 2025 (Fachgruppe HNO nach Abrechnungsverhalten). 22.361.341 HNO-Behandlungsfälle bei 68.857.877 dokumentierten Diagnosen; Diagnosen mit weniger als 30 Fällen nicht ausgewiesen. Angegeben ist der Anteil der Behandlungsfälle, in denen die jeweilige Diagnose dokumentiert wurde; da je Fall mehrere Diagnosen kodiert werden können, summieren sich die Anteile auf über 100 %. Eine dokumentierte Abrechnungsdiagnose ist nicht mit dem Behandlungsanlass gleichzusetzen.

**[25]** Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM), Kapitel 9 (HNO-ärztliche Grundpauschalen 09210–09212): GOP 09211 (6.–59. Lebensjahr) 205 Punkte = 26,12 € beim bundeseinheitlichen Orientierungswert 2025 (12,3934 Cent je

Punkt), zuzüglich Zuschlag zur HNO-ärztlichen Grundversorgung (GOP 09220). Aufgrund der MGV-Auszahlungsquote der HNO-Abrechnungsgruppe (2025: 86 %) effektiv niedriger.

**[26]** Wittlinger J, Sundmacher L: Beitrag in Monitor Versorgungsforschung (MVf), Ausgabe 04/2025 (Online-First, 06.06.2025) – Einschreibequote in die Hausarztzentrierte Versorgung (HzV): rund zwölf Prozent der Bevölkerung. Online: [www.monitor-versorgungsforschung.de/wp-content/uploads/2025/06/MVF0425\\_060625\\_Wittlinger\\_Sundmacher-OF2.pdf](http://www.monitor-versorgungsforschung.de/wp-content/uploads/2025/06/MVF0425_060625_Wittlinger_Sundmacher-OF2.pdf)

**[27]** AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen: Gutachten zur Notfallversorgung, herausgegeben vom Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) – Inanspruchnahme der Notfallambulanzen, Anteil der Bagatellerkrankungen. Online: [www.vdek.com/presse/publikationen/\\_jcr\\_content/par/publicationelement/file.res/Aqua-Gutachten-Notfallversorgung.pdf](http://www.vdek.com/presse/publikationen/_jcr_content/par/publicationelement/file.res/Aqua-Gutachten-Notfallversorgung.pdf)

**[28]** OECD: Waiting Times for Health Services. OECD Publishing, Paris Online: [www.oecd.org/en/publications/waiting-times-for-health-services\\_242e3c8c-en.html](http://www.oecd.org/en/publications/waiting-times-for-health-services_242e3c8c-en.html)

**[29]** Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV): Bericht der Terminservicestellen und der Terminservicenummer 116117, Berichtsjahr 2024 – Terminangebot und Vermittlungsdauer je Fachgruppe. Online: [www.kbv.de/documents/infothek/zahlen-und-fakten/evaluationsberichte-tss/bericht-116117-terminservicestellen-2024.pdf](http://www.kbv.de/documents/infothek/zahlen-und-fakten/evaluationsberichte-tss/bericht-116117-terminservicestellen-2024.pdf)

**[30]** GKV-Spitzenverband: Versichertenbefragung 2025 – Wartezeiten auf Facharzttermine (Erhebungszeitraum 21.02.–25.03.2025, n = 3.520 GKV-Versicherte; Veröffentlichung Dezember 2025). Online: [www.gkv-spitzenverband.de/gkv-spitzenverband/presse/pressemitteilungen\\_und\\_statements/pressemitteilung\\_2181888.jsp](http://www.gkv-spitzenverband.de/gkv-spitzenverband/presse/pressemitteilungen_und_statements/pressemitteilung_2181888.jsp)

**[31]** Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi): Grafik des Monats Februar 2026 – „Terminservicestellen: Facharzttermine in durchschnittlich 8 Tagen“; Sonderauswertung des 116117-Terminservice für das Jahr 2025. Online: [www.zi.de/das-zi/medien/grafik-des-monats/detailansicht/februar-2026](http://www.zi.de/das-zi/medien/grafik-des-monats/detailansicht/februar-2026)

**[32]** Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi): Ergänzendes Material zur Medieninformation zur Steuerungswirkung von Hausarztvermittlungs- und TSS-Fällen, 8. Mai 2026 – Hausarztvermittlungsfälle und TSS-Fälle nach Fachgruppen und Vermittlungsfrist. Datenbasis: bundesweite vertragsärztliche und vertragspsychotherapeutische Abrechnungsdaten Q4 2024 bis Q3 2025. Online: [www.zi.de/fileadmin/Downloads/Service/Medien/MI/Datenblatt\\_HAFA-MI\\_08-05-26.pdf](http://www.zi.de/fileadmin/Downloads/Service/Medien/MI/Datenblatt_HAFA-MI_08-05-26.pdf)

**[33]** Mangiapane S., Czihal T., von Stillfried D.: Schnellere Facharzttermine durch TSS- und Hausarztvermittlung? Was sagen die Daten? Zi insights, Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung, Berlin, 27. Mai 2026; Datengrundlage: vertragsärztliche und vertragspsychotherapeutische Abrechnungsdaten Q4 2024 bis Q3 2025, Fälle mit KBV-Bewertungssteuerung 30, 31, 35, 39, 60, 63, 65, 68 (TSS) bzw. 32, 36, 61, 66 (Hausarztvermittlungsfälle).

**[34]** Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi): Sonderauswertung zu Hausarztvermittlungsfällen, TSS-Fällen und offener Sprechstunde, Fachgruppe Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Abrechnungsjahr 2025 (Q1 bis Q4). Behandlungsfälle gesamt 22.358.943; offene Sprechstunde 2.935.760 (13,1 %); Hausarztvermittlungsfälle 773.133 (3,5 %); TSS-Fälle 105.339 (0,5 %). Auswertung im Auftrag des BVHNO.