

Einführung einer Primärarztversorgung – Gatekeeper-Modell mit hohen Risiken

Positionspapier des
Deutschen Berufsverbandes der Hals-Nasen-Ohrenärzte e. V.

Zusammenfassung

Die schwarz-rote Bundesregierung hat sich die Einführung eines verbindlichen Primärarztsystems vorgenommen. Auch wenn die Reform derzeit nicht mit Priorität angegangen wird, sondern erst 2026 auf der Agenda des Bundesgesundheitsministeriums steht, ist eine frühzeitige Analyse der Vor- und Nachteile sowie der Auswirkungen auf die Versorgung von 75 Millionen gesetzlich Versicherten ratsam. Die Errichtung von Zugangshürden für die fachärztliche Versorgung sowie die gleichzeitige Konzentration der Ressourcen auf den Bereich der ambulanten Haus- und Kinderarztpraxen stellen einen beispiellosen Paradigmenwechsel in der Versorgungslandschaft dar.

Angeichts des Hausärztemangels¹ und der hohen Zahl an Teilzeitarbeitsmodellen in der Allgemeinmedizin sowie der tragenden Rolle der grundversorgenden Facharztgruppen, darunter insbesondere der HNO-Ärzte, droht mit einem reinen Hausarztmodell ein gefährlicher Flaschenhals in der Versorgung. Der Blick ins Ausland zeigt zudem, dass unzureichend ausgebildete Primärarztstrukturen und ein überreguliertes (staatliches) Gesundheitssystem zu einer hohen Unzufriedenheit der Patienten führen können. Eine bessere Patientensteuerung kann mit alternativen Modellen erreicht werden, die neben den Haus- und Kinderärzten auch grundversorgende Facharztpraxen einbeziehen.

Der Zugang zur ambulanten HNO-Heilkunde sollte auch in Zukunft weiterhin direkt möglich sein. HNO-Praxen sind durch den sehr hohen Anteil an Fällen ohne Überweisung quasi als Primärversorger anzusehen. Sie ersetzen wegbrechende hausärztliche und kinderärztliche Strukturen und versorgen Akutdiagnosen aus dem Gebiet der Allgemeinmedizin.

Was steht im Koalitionsvertrag?

„Die ambulante Versorgung verbessern wir gezielt, indem wir Wartezeiten verringern, das Personal in ärztlichen Praxen entlasten und den Zugang zu Fachärztinnen und Fachärzten bedarfsgerecht und strukturierter gestalten.“

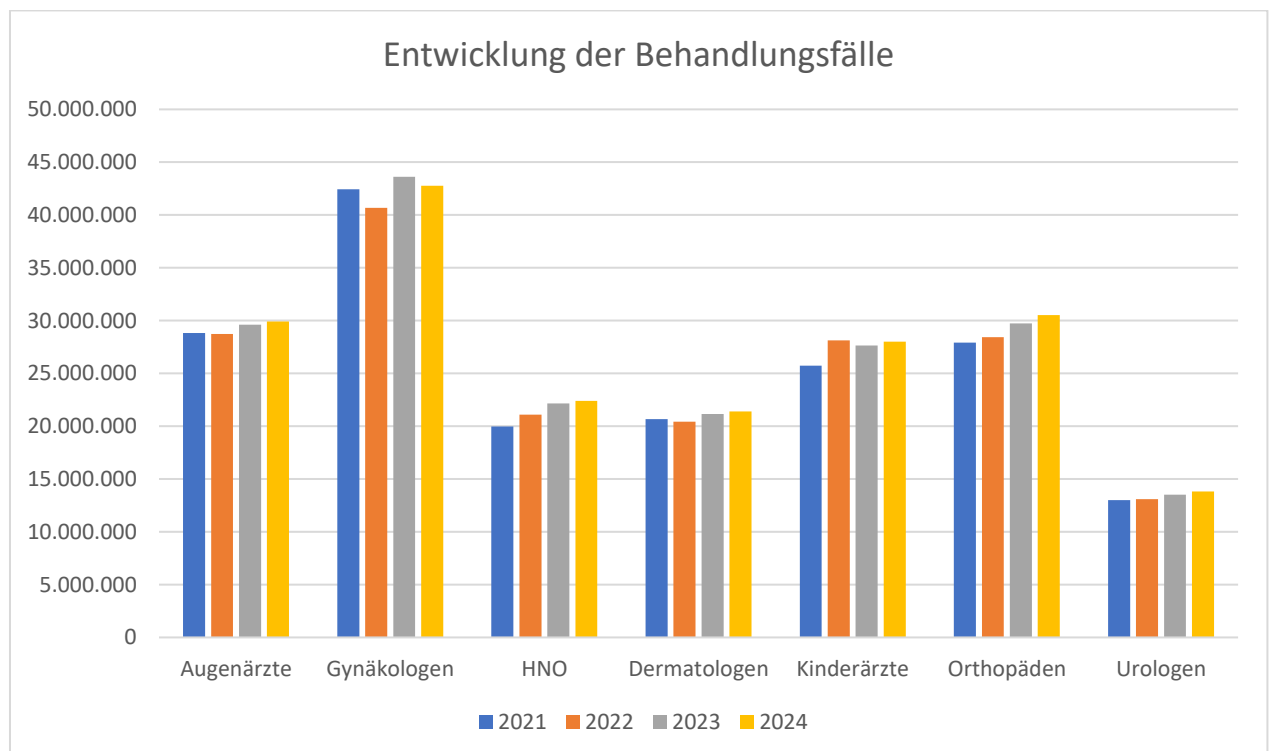
¹ Aufgrund der besseren Lesbarkeit wird im vorliegenden Text vorrangig das generische Maskulinum verwendet. Gemeint sind jedoch immer alle Geschlechter.

Zu einer möglichst zielgerichteten Versorgung der Patientinnen und Patienten und für eine schnellere Terminvergabe setzen wir auf ein verbindliches Primärarztsystem bei freier Arztwahl durch Haus- und Kinderärzte in der Hausarztzentrierten Versorgung und im Kollektivvertrag. Ausnahmen gelten bei der Augenheilkunde und der Gynäkologie. Für Patientinnen und Patienten mit einer spezifischen schweren chronischen Erkrankung werden wir geeignete Lösungen erarbeiten (zum Beispiel Jahresüberweisungen oder Fachinternist als steuernder Primärarzt im Einzelfall).

Die Primärärztinnen und Primärärzte oder die von den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) betriebene Rufnummer 116 117 stellen den medizinisch notwendigen Bedarf für einen Facharzttermin fest und legen den dafür notwendigen Zeitkorridor (Termingarantie) fest. Wir verpflichten die KV, diese Termine zu vermitteln. Gelingt dies nicht, wird der Facharztzugang im Krankenhaus ambulant für diese Patientinnen und Patienten ermöglicht. Zudem schaffen wir die flächendeckende Möglichkeit einer strukturierten Ersteinschätzung über digitale Wege in Verbindung mit Telemedizin.“²

88 Prozent der HNO-Patienten haben keine Überweisung

Im Jahr 2024 wurden in den HNO-Praxen in Deutschland insgesamt 22.410.882 Behandlungsfälle verzeichnet.³ Zwischen 2021 und 2024 stieg die Zahl um rund 12,3 Prozent – einem Höchstwert im Vergleich der grundversorgenden Fachgruppen. Im gleichen Zeitraum sank die Zahl der hausärztlichen Behandlungsfälle um 0,3 Prozent.

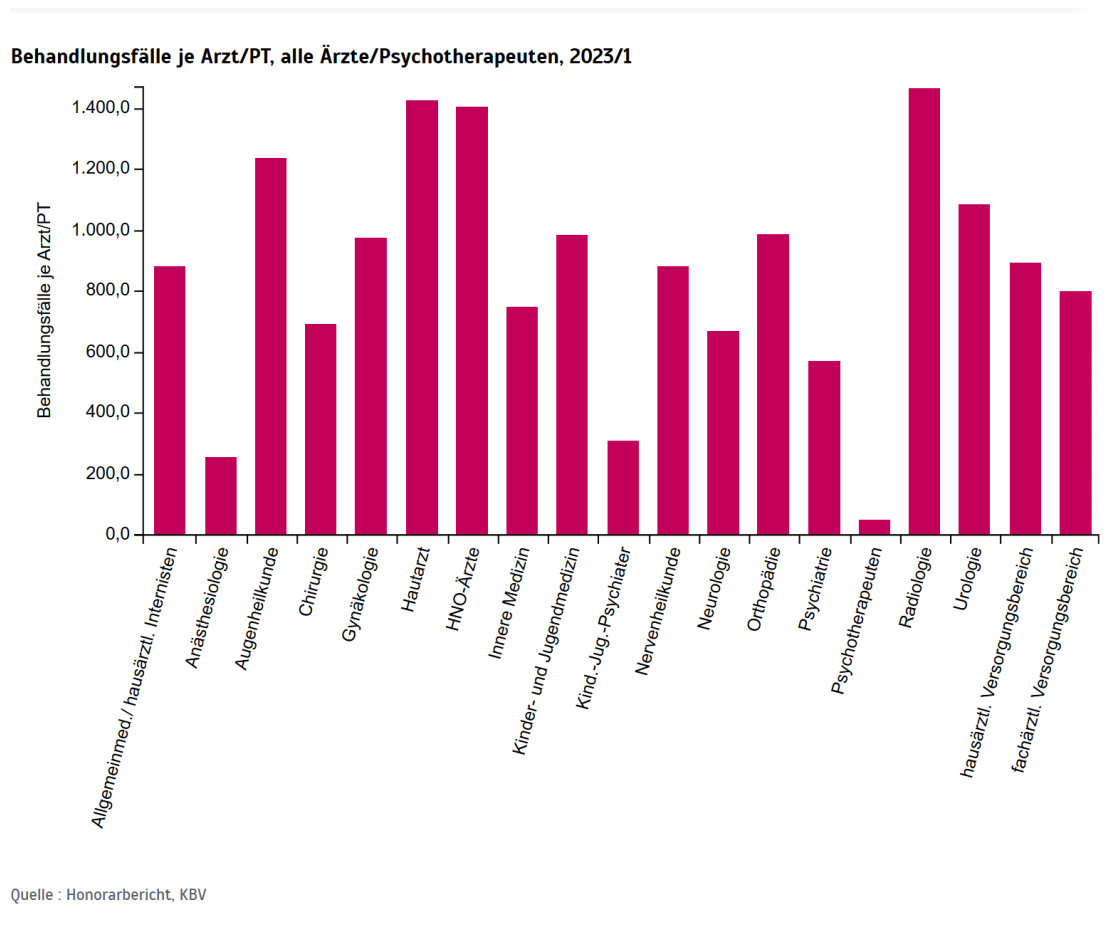


Grafik 1: Vergleich der Fallzahlen für ausgewählte Fachgruppen. Datengrundlage: Zi-Trendreport 2024, eigene Darstellung

² www.koalitionsvertrag2025.de/files/koav_2025.pdf

³ www.zi.de/fileadmin/Downloads/Service/Publikationen/Zi-TrendReport_2024-Q4.pdf

Die annähernd 4.500 ambulant tätigen HNO-Ärzte⁴ versorgen durchschnittlich zwischen 1.200 und 1.400 Fälle im Quartal. Damit liegt die HNO nach der Dermatologie und der Radiologie auf dem dritten Platz unter den Fachgruppen. Zum Vergleich: Im Betrachtungszeitraum 1/2023 kamen Allgemeinmediziner bzw. hausärztlich tätige Internisten auf nur 881 Fälle pro Arzt und Quartal.⁵



Grafik 2: Vergleich der Behandlungsfälle je Arzt, Datengrundlage und Darstellung: KBV-Gesundheitsdaten

⁴ www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Ueber_uns/Statistik/AErzttestatistik_2024.pdf

⁵ <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17023.php>

Die HNO-Heilkunde ist ein Fach mit sehr hohem Anteil an Behandlungsfällen ohne Überweisung. Anders als Fachärzte der Kardiologie oder der Neurologie werden HNO-Praxen in der Regel direkt aufgesucht. So lag der Anteil an Überweisungsfällen von Haus- und Kinderärzten in HNO-Praxen im Jahr 2024 bundesweit bei nur 12,1 Prozent. Die HNO-Heilkunde ist damit als Fachgebiet der Primärversorgung einzustufen.⁶ Im Umkehrschluss suchen rund 88 Prozent der Patienten die HNO-Praxis auf direktem Weg auf.

Die Hals-Nasen-Ohrenheilkunde gehört zu den Fächern der wohnortnahen ambulanten Versorgung, die von den Patienten oft als erste Anlaufstelle bei symptombezogenen Beschwerden aufgesucht wird. Darüber hinaus werden in HNO-Praxen viele chronisch kranke Patienten versorgt, so zum Beispiel bei Schwerhörigkeit, Allergien oder Schwindel-Erkrankungen. Deshalb ist die HNO-Heilkunde als **Fachgebiet der Grundversorgung** einzuordnen, die neben Allgemeinmedizinern und Internisten ohne Schwerpunkt sowie Kinder- und Jugendärzten einen wesentlichen Teil der niedrigschwelligen ambulanten Versorgung schultert. Gleichzeitig sind HNO-Fachärzte in der **Spezialisierung** tätig mit einem breiten diagnostischen und therapeutischen Spektrum (z. B. Zusatzbezeichnung Allergologie, Zusatzbezeichnung Schlafmedizin, ambulantes und belegärztliches Operieren). In den HNO-Kliniken wird ein breites operatives Spektrum von Cochlea-Implantation bis Tumorchirurgie angeboten.

Die ambulante HNO-Heilkunde trägt wesentlich zur Entlastung der Hausärzte und Kinder- und Jugendärzte bei. Vor allem in der Erkältungszeit werden viele Patienten mit originär primärärztlich zu versorgenden Akutdiagnosen von HNO-Ärzten behandelt. Gerade aber nicht nur in Regionen mit stark ausgeprägtem Hausärztemangel haben HNO-Ärzte eine primärärztliche Ersatzrolle übernommen.

Die hohe Nachfrage und der im Allgemeinen direkte Zugang zum HNO-Arzt ergeben sich aus der Behandlung von chronischen Erkrankungen (z. B. Schwerhörigkeit, Allergien, Schwindel) sowie akuten Krankheitsbildern bzw. HNO-Notfällen (z. B. Mandelentzündung, Hörsturz, Nasenbluten). Außerdem werden in den HNO-Praxen Patienten aller Altersstufen versorgt – vom Neugeborenen bis zum Hochbetagten.

Eine Fehlsteuerung im Sinne einer mehrfachen Inanspruchnahme verschiedener Ärzte der gleichen Fachrichtung ist in der HNO-Heilkunde selten. Nur ein kleiner Teil der Patienten sucht mehr als eine HNO-Arztpraxis auf. Im Jahr 2022 haben laut GKV-Abrechnungsdaten 92,9 Prozent der Patienten genau eine HNO-Praxis in Anspruch genommen. 6,5 Prozent hatten zwei verschiedene HNO-Ärzte, 0,7 Prozent drei oder mehr.⁷

⁶ Bundesweite pseudonymisierte, krankenkassenübergreifende vertragsärztliche Abrechnungsdaten gemäß § 295 SGB V des Jahres 2024 nach Angaben des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi)

⁷ www.vdek.com/fokus/ambulante-versorgung-konzept-persoennes-aerzteteam/jcr_content/par/download_283629200/file.res/Praesentation_Persoennes_Aerzteteam.pdf

Inanspruchnahme verschiedener Praxen einer Fachgruppe

Fachgruppe	genau eine Praxis	zwei verschiedene Praxen	drei und mehr
Kinder- und Jugendmedizin	77,7%	17,3%	5,0%
Gynäkologie	79,5%	17,1%	3,4%
Hausarzt	81,7%	15,5%	2,8%
Orthopädie	90,8%	8,3%	0,9%
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	92,9%	6,5%	0,7%
Chirurgie	93,7%	5,9%	0,5%
Hautarzt	93,8%	5,8%	0,4%
Augenheilkunde	93,9%	5,6%	0,5%
Urologie	95,3%	4,4%	0,3%

Datenbasis: GKV-Abrechnungsdaten 2022

3 23.05.2025



Grafik 3: Inanspruchnahme verschiedener Praxen durch die Versicherten, Datengrundlage und Darstellung: vdek

Wie heute schon gesteuert wird

Bereits heute gibt es verschiedene Steuerungselemente in der vertragsärztlichen Versorgung. Das Wirtschaftlichkeitsgebot (WANZ-Kriterien) definiert den Mindeststandard in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Die (fachärztliche) ambulante Behandlung wird durch die gesetzlich verankerte Mengengrenzung reglementiert (Budgetierung). Das Sozialgesetzbuch begrenzt damit unmittelbar das fachärztliche Leistungsangebot sowie die Verfügbarkeit von Facharztterminen. Welche Leistungen in der GKV erbracht werden, wird durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) festgelegt. Die Verteilung der Vertragsarztsitze erfolgt auf Grundlage der Bedarfsplanung.

Für eine schnelle Vergabe von Facharztterminen wurden mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) im Jahr 2019 verschiedene Steuerungselemente eingeführt: Erhöhung auf 25 Mindestsprechstunden pro Woche, Ausbau der Terminservicestellen (TSS), Vergütungsanreize für schnellere Termine (sog. TSVG-Patientenfälle). Die TSVG-Neupatientenregelung wurde 2023 durch den Hausarztvermittlungsfall ersetzt. Demnach können Hausärzte eine dringliche Überweisung zum Facharzt ausstellen.

Neben der Steuerung im Kollektivvertrag gibt es mit der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) ein optionales primärärztliches Versorgungsmodell. Heute sind rund zwölf Prozent der Bevölkerung in einen Hausarztvertrag eingeschrieben.⁸ Keinerlei wirksamen Steuerung unterliegt die Inanspruchnahme der Notfallambulanzen an den Krankenhäusern. Gerade Patienten mit „Bagatellerkrankungen“ binden unnötig die Ressourcen der Notaufnahmen.⁹

⁸ www.monitor-versorgungsforschung.de/wp-content/uploads/2025/06/MVF0425_060625_Wittlinger_Sundmacher-OF2.pdf

⁹ www.vdek.com/presse/publikationen/_jcr_content/par/publicationelement/file.res/Aqua-Gutachten-Notfallversorgung.pdf

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 wies Deutschland an der Seite der Schweiz und den Niederlanden die geringsten Wartezeiten auf.¹⁰

Auf das gleiche Ergebnis kommt eine Befragung im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes aus dem Jahr 2024. Demnach warten nur 25 Prozent der Patienten länger als 30 Tage auf einen Termin in der Facharztpraxis. Jeder Zweite kann innerhalb von zehn Tagen den Facharzt sprechen. Objektiv gesehen sind die Wartezeiten damit nicht lang, sondern kurz. Bei dringendem Behandlungsbedarf gibt es zudem die Möglichkeit der Terminservicestelle der KV oder der hausärztlichen Akutüberweisung.

HNO-Arzttermine binnen drei Tagen

Ungeachtet der vergleichsweise schnellen Terminvergabe wird die Wartezeit auf einen Facharzttermin in der öffentlichen Diskussion problematisiert. Unbestreitbar ist, dass es in bestimmten Fachdisziplinen Terminprobleme gibt. Diese sind aber im Wesentlichen durch einen Ärztemangel in den betroffenen Fachgruppen begründbar. Gleichzeitig fehlen valide Daten zur konkreten Wartezeit in den einzelnen Fachgebieten.

Mit den Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen gibt es seit 2016 die Möglichkeit, einen schnellen Behandlungstermin zu bekommen. Das Angebot wurde in den Folgejahren komfortabler gestaltet und ausgeweitet. Die TSS werden von den Fachgruppen unterschiedlich genutzt.

Hinsichtlich des Terminangebots lag die HNO im Jahr 2024 nach Radiologie, Psychotherapie und Allgemeinmedizin auf dem vierten Platz. Die angebotenen HNO-Termine wurden zudem sehr schnell vermittelt: Die durchschnittliche Vermittlungsdauer lag in der HNO bei nur drei Tagen – 56 Prozent wurden innerhalb von einem Tag, 32 Prozent innerhalb von einer Woche behandelt.¹¹ Demnach trifft das Argument der langen Wartezeit auf einen Facharzttermin in der HNO-Heilkunde nachweislich nicht zu.

¹⁰ www.oecd.org/en/publications/waiting-times-for-health-services_242e3c8c-en.html

¹¹ www.kbv.de/documents/infotehk/zahlen-und-fakten/evaluationsberichte-tss/bericht-116117-terminservice-stellen-2024.pdf



Abbildung 15: Verteilung der Vermittlungsdauer nach Fachgruppen 2024 in Prozente (am 116117-Terminservice teilnehmende KVen)

Grafik 4: Vermittlungsdauer bei verschiedenen Fachgruppen durch die TSS, Datengrundlage und Darstellung: TSS-Evaluationsbericht der KBV 2024

Fehlende Hausärzte – Tendenz steigend

Ein Primärarztsystem, das stark auf die hausärztliche bzw. kinderärztliche Praxis zugeschnitten ist, setzt belastbare Strukturen in diesen Bereichen voraus. In einem hausarztzentrierten Primärarztsystem kommen auf die Hausarztpraxen bis zu 102 Mio. Behandlungsfälle pro Jahr hinzu, die eine Überweisung zum Facharzt benötigen. Dabei handelt es sich um die Patienten, die bisher ohne eine Überweisung beim Facharzt vorstellig wurden. Umgerechnet auf 52.000 Hausärzte wären das bis zu ca. 2.000 Kontakte pro Kopf mehr.¹²

Derzeit versorgt ein Hausarzt im Durchschnitt etwa 3.600 Fälle im Jahr (ca. 900 Fälle pro Quartal). Zum Vergleich: Im gleichen Zeitraum kamen auf einen HNO-Arzt rund 5.000 Behandlungsfälle (ca. 1.250 pro Quartal).¹³ Damit sind die derzeitigen hausärztlichen Strukturen nicht nur weit von der Idee von „Primärversorgungszentren“ entfernt. Die zusätzliche Behandlung von bis zu 500 Fällen pro Praxis und Quartal durch Hausärzte erscheint schon allein aus Kapazitätsgründen unrealistisch.

Neben der im Vergleich geringen Patientenanzahl pro Kopf drohen die demografische Entwicklung sowie veränderte Arbeitszeitmodelle (größerer Wunsch nach Teilzeit) die hausärztliche Versorgung in Zukunft weiter zu schwächen. Durch den Renteneintritt vieler Hausärzte und der vermehrten Teilzeittätigkeit der nachrückenden Hausarztgeneration droht sich die Lücke von derzeit 5.000 unbesetzten Hausarztsitzen in den nächsten Jahren auf 10.000 zu verdoppeln.¹⁴

¹² www.zi.de/das-zi/medien/grafik-des-monats/detailansicht/mai-2025, Das Zi verweist auf eine starke Schwankungsbreite der prognostizierten hausärztlichen Mehrbelastung. Je nachdem, wie die Rahmenbedingungen gestaltet werden, seien zwischen 200 bis 2.000 zusätzliche Kontakte pro Hausarztpraxis im Jahr möglich.

¹³ Q1-Q4/2022, Quelle: <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17023.php>

¹⁴ www.bertelsmann-stiftung.de/de/themen/aktuelle-meldungen/2025/juni/engpaesse-in-hausarztpraxen-ver-schaerfen-sich-doch-sie-waeren-vermeidbar

Immer weniger Hausärzte sind mit vollem Versorgungsauftrag ambulant tätig. Seit 2015 ist die Zahl der „Vollzeit-Hausärzte“ um 16,4 Prozent gesunken (von 45.741 auf 38.236). Gleichzeitig entscheiden sich immer mehr Allgemeinmediziner für eine Tätigkeit in Teilzeit. So stieg die Anzahl der angestellten Hausärzte mit einem Arbeitsumfang von 20 bis 30 Stunden pro Woche seit 2015 um 203,9 Prozent.¹⁵ Inwiefern die in Teilzeit tätigen Hausärzte willens oder in der Lage sind, die zusätzlichen Patienten in einem Primärarztmodell zu behandeln, erscheint fragwürdig.

Um eine Primärversorgung sicherstellen zu können, müsste der hausärztliche Versorgungsauftrag definiert und als Maßstab für die vertragsärztliche Tätigkeit herangezogen werden.¹⁶ Als Indikator, ob eine Praxis den Versorgungsauftrag ausfüllt, könnte man sich an den Kernleistungen der hausärztlichen Versorgung (Chronikerversorgung, Palliativmedizin, kardiologischer Komplex, Hausbesuche, DMP etc.) orientieren.

Die wegbrechenden Strukturen sollen u. a. durch mehr interprofessionelle Zusammenarbeit unter Einbindung von Physician Assistants (PA) in sog. Primärversorgungszentren kompensiert werden.¹⁷ Derzeit sind jedoch erst in 1,4 Prozent der Hausarztpraxen Physician Assistants angestellt. Das Modell der Teampraxis ist längst nicht in der Versorgung etabliert. Vielmehr ist der überwiegende Teil der Hausärzte (52 Prozent) nach wie vor in Einzelpraxis tätig.¹⁸

Erkenntnisse aus der HzV

Die Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg zeigt, dass die Vorteile der HzV (u. a. intensivere Betreuung, mehr Kontinuität, weniger Krankenhauseinweisungen, höhere Impfquote) insbesondere in Kombination mit Facharztverträgen wirksam werden. Die verbesserten Indikatoren gehen allerdings mit einem Anstieg der Arzt-Patienten-Kontakte von 14 in der Nicht-HzV auf 18 in der HzV einher. Die gesunkenen Gesamtausgaben pro eingeschriebenen Patienten verteilen sich außerdem ausschließlich auf den Bereich der Krankenhausbehandlung, der Arzneimittel sowie der verordneten Heil- und Hilfsmittel. Im ambulanten Bereich (Leistungen gemäß EBM/GOP) stiegen die Ausgaben um 8,9 Prozent, davon bei Hausärzten um 31,6 Prozent.¹⁹

¹⁵ <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16400.php>

¹⁶ www.aok.de/pp/bv/pm/ambulante-primaerversorgung

¹⁷ www.haev.de/themen/haeppi

¹⁸ www.kbv.de/infothek/zahlen-und-fakten/gesundheitsdaten/praxen-und-aerzte-nach-praxisform

¹⁹ www.aok.de/gp/fileadmin/user_upload/Arzt_Praxis/Aerzte_Psychotherapeuten/Vertraege_Vereinbarungen/Hausarztzentrierte_Versorgung/Baden-Wuerttemberg/HZV-Evaluation_Broschuere_2020.pdf

	Eingeschlossene Versicherte (n = 1.779.158)			
	HZV n = 1.063.579	Nicht-HZV n = 715.579	HZV (adjustiert)	Adjustierte Werte (Unterschied in %), p-Wert
Häusliche Kranken- pflege in €	131,96	131,65	121,44	-7,75 % p < 0,0001
Heilmittel in €	140,76	134,49	130,25	-3,15 % p < 0,0001
Hilfsmittel in €	169,26	157,02	143,25	-8,58 % p < 0,0001
Krankenhaus in €	1.278,05	1.235,43	1.152,34	-6,73 % p < 0,0001
Pharmakotherapie in €	1.529,69	1.482,72	1.408,47	-5,01 % p < 0,0001
Leistungen gemäß EBM/GOP in €	817,67	705,34	767,91	+8,87 % p < 0,0001
davon beim Hausarzt in €	347,82	276,62	364,03	+31,60 % p < 0,0001
Gesamtkosten in €	4.067,39	3.846,65	3.729,89	-3,04 % p < 0,0001

Graphik 5: Durchschnittliche Ausgaben pro Versicherten in Euro im Jahr 2018, Datengrundlage und Darstellung: Evaluationsbericht der HzV in Baden-Württemberg 2018

Steuerung für bestimmte Patienten sinnvoll

Ein verbindliches Primärarztsystem kann – insbesondere, wenn es mit Facharztverträgen wie in der Hausarztzentrierten Versorgung Baden-Württembergs kombiniert wird – eine orientierende Funktion für die Patienten bieten und eine Verbesserung bei bestimmten Qualitätsmerkmalen bewirken.

Vorteilhaft wäre u. a. die Kontinuität der Versorgung, bei der der Primärarzt die Krankengeschichte des Patienten kennt und eine vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung bewirkt. Außerdem könnten unnötige Doppeluntersuchungen vermieden und gesundheitsfördernde sowie präventive Angebote, wie z. B. Impfungen, besser verbreitet werden.

Insbesondere für ältere und multimorbide Patienten ist eine Koordinierung der Versorgungsangebote durch den Primärarzt gefragt und sinnvoll.²⁰ Auch fremdsprachige und sozial benachteiligte Personen könnten besser in das Gesundheitssystem und die Präventionsangebote integriert werden. Auch im Bereich der Pharmakotherapie lassen sich, hinsichtlich der Vermeidung unerwünschter Wechselwirkungen und der Polymedikation, positive Effekte erzielen.

Eine Steuerung ist allerdings nur dann zielführend, wenn sie durch den Hausarzt selbst und nicht das Praxispersonal erfolgt. Nur mit dem nötigen medizinischen Fachwissen können komplexe Fälle adäquat eingeschätzt und der fachärztliche Behandlungsbedarf festgestellt werden. Eine Delegation an nachgeordnete Fachgruppen, wie Medizinische Fachangestellte am Praxistresen, stellt keine Primärversorgung im Sinne einer leitlinien- und qualitätsbasierten Anamnese und Diagnostik dar.

Mehr Zeit für spezialisierte Medizin?

Eine funktionierende Primärarztebene würde im Idealfall die Facharztpraxen von Bagatellerkrankungen und unnötigen Inanspruchnahmen entlasten. Die Fachärzte hätten mehr Zeit für die Patienten, die

²⁰ <https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/1052/27i7lvN4rNHdg.pdf?isAllowed=y&sequence=1>

wirklich Hilfe benötigen, und könnten die Versorgung durch eine tiefergehende Diagnostik verbessern. HNO-Fachärzte könnten sich bspw. auf HNO-Fachthemen, wie Hören, Riechen, Schwindel oder Schlafprobleme, fokussieren. Zudem sollte die Überweisung zu anderen Fachrichtungen durch den HNO-Arzt erhalten bleiben.

In einem Primärarztmodell mit Überweisungsvorbehalt für die Konsultation eines Facharztes kann es für primärärztlich veranlasste Facharztleistungen keine Budgetierung geben. Wenn der fachärztliche Behandlungsbedarf ärztlich festgestellt wurde, ist die medizinische Handlungsnotwendigkeit hinreichend dokumentiert. Jegliche Argumente, die für eine Budgetierung vorgetragen werden, entfallen – so z. B. die Erbringung unnötiger Untersuchungen und Therapien oder eine etwaige Leistungsausweitung. Dies hätte einen positiven Einfluss auf die fachärztlichen Praxisstrukturen, die unter der bestehenden Mengengrenzung seit Jahren leiden.

Booster für Zweiklassenmedizin

In einem Primärarztssystem steigt das Risiko einer Zweiklassenmedizin, wie sich am Beispiel des staatlichen Gesundheitssystems des Vereinigten Königreichs (NHS) zeigt. In GB kommt es zu langen Wartezeiten auf Facharzttermine und Operationen. Außerdem geht die Zahl der praktizierenden Hausärzte (GP) zurück, was zu Engpässen in der Versorgung und einer wachsenden Unzufriedenheit der Bevölkerung führt.²¹

In der Folge steigt die Zahl der privaten Versicherungspolizen (PMI), meist angeboten über den Arbeitgeber, die einen schnelleren Zugang zur ärztlichen Versorgung ermöglichen.²² Nach Angaben der Association of British Insurers (ABI) waren 2023 im Vereinigten Königreich 6,2 Mio. Menschen privat versichert – mit einer Steigerung um 7 Prozent zum Vorjahr. Vor allem junge Berufstätige und Familien nutzen diese Möglichkeit.²³ Der Teil der Arbeitgeberangebote lag mit 4,7 Millionen auf Rekordniveau im Vergleich der letzten drei Jahrzehnte.²⁴

Insbesondere vor dem Hintergrund des Hausärztemangels ist zu befürchten, dass es auch in Deutschland zu einer Aufteilung der Patienten nach Arm und Reich kommt. Schon heute steigt die Nachfrage nach privaten Zusatzversicherungen im Gesundheitsbereich spürbar.²⁵ Ein starres Gatekeeper-Modell, das zu Engpässen in der ambulanten Versorgung führt, dürfte sich als Konjunkturprogramm für den privaten Versicherungsmarkt und als Booster für die Zweiklassenmedizin erweisen.

Früherkennung durch Facharzt Diagnostik in Gefahr

Auch wenn für bestimmte Vorsorgeuntersuchungen Ausnahmen definiert werden, besteht in einem Primärarztmodell die Gefahr, dass schwerwiegende Erkrankungen zu spät erkannt werden. So zählt in der HNO-Heilkunde die Spiegeluntersuchung des Mundraums, des Rachens, der Stimm lippen und des

²¹ www.pulsetoday.co.uk/news/politics/satisfaction-with-gp-services-falls-again-to-31-national-survey-finds

²² www.thetimes.com/uk/healthcare/article/young-people-turn-to-private-healthcare-as-nhs-waiting-lists-rise-7cdm2mmjg

²³ www.laingbuisson.com/press-releases/demand-for-private-health-cover-surges-in-the-wake-of-covid-19-and-increasing-pressure-on-the-nhs/

²⁴ www.abi.org.uk/news/news-articles/2024/112/private-medical-insurance-data-2023/

²⁵ www.pkv.de/verband/presse/pressemitteilungen/private-krankenversicherung-auch-2024-mit-stabilem-wachstum/

Kehlkopfes (Laryngoskopie) bei vielen Patienten zur Standarddiagnostik und Krebsfrüherkennung. Ähnliches gilt für die Untersuchung des Gehörgangs sowie des Trommelfells. Bleibt eine Schwerhörigkeit unbehandelt, steigt das Risiko einer dementiellen Erkrankung. Werden allergologische Beschwerden nicht rechtzeitig kausal behandelt (Hyposensibilisierung), kann es zu einem sogenannten Etagenwechsel und zur Ausbildung einer asthmatischen Erkrankung kommen.

Primärarztsteuerung im Not- und Bereitschaftsdienst?

In einem Primärarztsystem entfallen konsequenterweise die durch die Kassenärztlichen Vereinigungen organisierten fachspezifischen Not- und Bereitschaftsdienste. Denn primärärztliche Versorgung und Steuerung können nicht mit der abendlichen Schließung der Haus- oder Kinderarztpraxis enden. Die zusätzlich zu stummenden Not- und Bereitschaftsdienste (in Zusammenarbeit mit den Facharztpraxen) kämen als weitere Belastung auf die Primärärzte hinzu.

Ohne Digitalisierung geht es nicht

Grundvoraussetzung für eine bessere Patientensteuerung ist die flächendeckende Verbreitung und Nutzung von digitalen Anwendungen, wie der elektronischen Patientenakte (ePA), des elektronischen Arztbriefs oder des TI-Messengers. Insbesondere der ePA kommt eine tragende Rolle für die bessere Zusammenarbeit der behandelnden Ärzte zu (idealerweise als arztgeführte Fallakte und nicht als lückenhafte Patientenakte). Auch Telekonsile und Videosprechstunden müssen ergänzend zum Einsatz kommen. Die Terminvermittlung sollte hauptsächlich über digitale Wege erfolgen – unter Nutzung bestehender Strukturen wie den TSS oder der bundeseinheitlichen Rufnummer 116 117.

Akzeptanz der Patienten fraglich

Die Einführung eines Primärarztmodells kommt einem kompletten Umbau der Versorgungs- und Behandlungspfade gleich. Galt bisher die Prämisse, den Patienten einen schnellen Zugang zum Facharzt zu ermöglichen und Wartezeiten zu reduzieren (u. a. mit dem TSVG), sollen nun hohe Hürden für den Besuch beim Facharzt aufgebaut werden. Dieser Paradigmenwechsel wird (im Gegensatz zu verschiedenen Modellen im Ausland) jedoch nicht mit Anreizen für die Patienten verknüpft. Bestehende Vorzugsregelungen, wie z. B. die offene Sprechstunde, mit der bis zu 17,5 Prozent der Patienten ohne Termin beim Facharzt direkt behandelt werden, würden in einem Primärarztmodell vielmehr ersatzlos wegfallen.

In ländlichen Regionen mit weiten Anfahrtswegen müssten die Patienten künftig nicht nur den oft langen Fahrtweg zum Facharzt, sondern zusätzlich vorab den Besuch beim Hausarzt einplanen. Gibt es in einer Region keinen Hausarzt mehr oder werden von der Hausarztpraxis wegen Überlastung keine Patienten mehr aufgenommen, wird der Zugang zu ambulanter Medizin unmöglich gemacht. Auch andere bestehende Regelungen zur Qualitätssicherung, wie das 2019 eingeführte Zweitmeinungsverfahren, setzen den direkten Zugang zum Facharzt voraus.

Grundsätzlich gilt die Prämisse, dass ein neues Versorgungsmodell für die Patienten (und die Ärzte) einfach und leicht nachvollziehbar gestaltet wird. Zudem muss der Aufbau neuer bürokratischer Anforderungen auf ein Minimum reduziert werden. Papiergebundene Verfahren müssen durch digitale Wege ersetzt werden, z. B. durch eine digitale Überweisung.

Fazit: Hochrisiko-Modell für Millionen Versicherte

Den Zugang und die Verantwortlichkeit für die ambulante Versorgung von 75 Millionen GKV-Versicherten bei Haus- und Kinderärzten zu konzentrieren, ist ein Hochrisikospiegel mit unwägbarem Ausgang. Insbesondere vor dem Hintergrund der erodierten Hausarztstrukturen, ist mit einem Flaschenhals und langen Wartezeiten zu rechnen. Die Sicherstellung der flächendeckenden ambulanten Versorgung wäre akut gefährdet. Als Sekundäreffekt sind zu spät diagnostizierte Erkrankungen, ein ungerechter Zugang zu ärztlichen Leistungen sowie eine Destabilisierung eines gesamten Versorgungssektors zu erwarten.

Ein Steuerungsmodell, das nicht den Patienten, sondern die Ressourcen steuert, schadet mehr als es nützt. Soll heißen: Eine so tiefgreifende Strukturreform darf sich nicht allein auf einen Behandlungspfad und wenige Fachgruppen stützen, sondern muss strukturelle, regionale und medizinische Besonderheiten antizipieren. Bestehende und funktionierende Behandlungspfade, wie bspw. der direkte Zugang zum grundversorgenden Orthopäden oder HNO-Arzt, dürfen nicht ohne Not blockiert werden. Außerdem müssen die Auswirkungen einer Primärarztversorgung auf die nachgelagerten Facharztgebiete kritisch abgewogen werden.

Bei der Diskussion über Primärversorgung wird zudem oft nicht zwischen Direktzugang und Patientensteuerung unterschieden. Letzteres gehört zweifelsohne in die Hand von Haus- und Kinderärzten. Vor allem ältere, multimorbide Patienten benötigen bei der Inanspruchnahme der richtigen Versorgungsangebote Hilfe. Patienten mit akutem Behandlungsbedarf (z. B. Mittelohrentzündung), einem singulären und klar zuzuordnenden Beschwerdebild (z. B. Schwerhörigkeit) oder nur einer diagnostizierten chronischen Erkrankung (Heuschnupfen) wären durch den Umweg über die Hausarztpraxis schlechter anstatt besser versorgt.

Haupttrisikofaktor ist der Mangel an Hausarztpraxen. Mit einem reinen Hausarztmodell ohne wesentliche Ausnahmen droht ein gefährlicher Flaschenhals in der ambulanten Versorgung. Insbesondere aber nicht nur in strukturschwachen Regionen finden viele Patienten heute schon keinen Hausarzt mehr. Und der Hausarztmangel wird sich in den nächsten fünf Jahren weiter verschärfen.

Zwar sind Primärarztmodelle im internationalen Vergleich weit verbreitet. Allerdings basieren die Modelle auf einer hausärztlichen Struktur mit starker interprofessioneller Ausrichtung, bei denen akademisierte Pflegekräfte arztentlastend tätig sind. Mit seiner stark auf das Modell der Einzelpraxis ausgerichteten Primärversorgung ist Deutschland aktuell nicht in der Lage, ein verpflichtendes Primärarztssystem umzusetzen.²⁶

Eine besondere Herausforderung besteht außerdem in der gleichzeitigen Umsetzung eines Primärarzt-systems im Kollektivvertrag und der Hausarztzentrierten Versorgung (Selektivvertrag). Es besteht die Gefahr einer nachhaltigen Schwächung des KV-Systems und damit einer Aushöhlung des Sicherstellungsauftrags. Daher wäre eine Beschränkung auf Regelungen im Kollektivvertrag zielführender.

Aus den Erfahrungen der HzV in Baden-Württemberg ist bekannt, dass ein Primärarztssystem zwar zu (etwas) weniger ungesteuerten Facharztkontakten führt. Gleichzeitig nehmen jedoch die Besuche beim Hausarzt zu. Auch ist mit steigenden Kosten in der ambulanten Versorgung zu rechnen. Darüber hinaus

²⁶ www.monitor-versorgungsforschung.de/wp-content/uploads/2025/06/MVF0425_060625_Wittlinger_Sundmacher-OF2.pdf

ist die ambulante Versorgung in ihrer jetzigen Form äußerst effizient: Für 16 Prozent GKV-Leistungsausgaben werden 97 Prozent aller Behandlungsfälle versorgt.²⁷ Der größte Kostenfaktor ist der stationäre Bereich, der gleichzeitig die größte Ausgabensteigerungsdynamik zu verzeichnen hat.²⁸

Wie es besser gehen könnte

Direktzugang für HNO-Praxen erhalten

In einem Primärarztsystem muss für die HNO-Heilkunde analog zu Augenärzten und Gynäkologen weiter ein Direktzugang möglich sein. HNO-Praxen sind heute durch die direkte Inanspruchnahme quasi als Primärversorger anzusehen. Sie ersetzen wegbrechende hausärztliche und kinderärztliche Strukturen und versorgen Akutdiagnosen aus dem Gebiet der Allgemeinmedizin. Der Direktzugang ist nicht mit der Steuerungsfunktion gleichzusetzen. Dies soll und muss beim Haus- bzw. Kinderarzt bleiben.

Persönliches Ärzteteam

Bestimmte grundversorgende Fachrichtungen brauchen in der Regel keinen vorgelagerten Hausarztkontakt. Dies gilt neben HNO-Ärzten z. B. auch für Orthopäden, Dermatologen oder Urologen. Denkbar wäre, dass sich die Patienten ein persönliches Ärzteteam verbindlich auswählen, für das keine Überweisung benötigt wird. In Kombination mit einem festen Terminkontingent und digitalen Tools, wie einer elektronischen Überweisung und einem leistungsstarken Ersteinschätzungssystem per Internet, kann ein Ärzteteam-Modell sinnvoll sein.²⁹ Die Vorteile von vernetzter Gesundheitsversorgung sind aus dem Bereich der Praxisnetze bekannt.³⁰

Ausnahmen für bestimmte Diagnosen/Symptome

In einem Primärarztmodell werden typische Akutdiagnosen sowie chronische Erkrankungen festgelegt, die einen Direktzugang zum Facharzt ermöglichen. Dazu zählen in der HNO-Heilkunde u. a. Mandelentzündung, Mittelohrentzündung, Hörsturz, Paukenerguss, orale Abszesse, anaphylaktische Reaktionen, anhaltende Heiserkeit oder Stimmstörungen (siehe Anhang).

KI-gestützte Steuerung statt Primärarztmodell

Im digitalen Zeitalter erscheint der Aufbau eines physischen Gatekeeper-Modells nicht mehr zeitgemäß. Statt eines hausärztlichen Primärarztmodells wird bundesweit eine einheitliche KI-gestützte Softwarelösung etabliert, die verpflichtend vor der Inanspruchnahme einer Versorgung von den Patienten durchlaufen wird. Das bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung angesiedelte Portal kombiniert die bestehenden Steuerungselemente (116 117, TSS, SmED) und entwickelt sie in einem lernenden System weiter. Nach Durchlaufen einer digitalen Ersteinschätzung erfolgt die Zuweisung in die passende Versorgungsebene – ggf. in Kombination mit einem gebuchten Arzttermin.

²⁷ www.kbv.de/positionen/dossiers/ambulantisierung

²⁸ www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/vorlaeufige-finanzergebnisse-der-gkv-fuer-das-jahr-2024-pm-07-03-2025.html

²⁹ www.vdek.com/fokus/ambulante-versorgung-konzept-persoennes-aerzteteam.html

³⁰ www.kbv.de/praxis/praxisfuehrung/praxisnetze

Erweiterung der HzV um Facharztverträge

Die Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg hat gezeigt, dass die Versorgungssteuerung in Kombination mit Facharztverträgen verstärkt wird. Ähnlich zum Modell des persönlichen Ärzteteams verpflichtet sich der Patient nicht nur für einen bestimmten Hausarzt, sondern darüber hinaus auch für einen oder mehrere bestimmte Fachärzte. Diese Fachärzte können ohne Überweisung aufgesucht werden. Die Facharztverträge beinhalten Leistungsbestandteile und Qualitätskriterien, die über die Regelversorgung hinausgehen. Die FzV wird analog der HzV über (möglichst bundesweit einheitliche) Selektivverträge etabliert.

Deutscher Berufsverband der HNO-Ärzte e. V.
Bundesgeschäftsstelle: Haart 221, 24539 Neumünster
Hauptstadtbüro: Torstraße 177, 10115 Berlin

M: bv@hno-aerzte.de

W: www.hno-aerzte.de

Zuletzt bearbeitet: 26. August 2025

Anhang: Beispielhafte Listung von (akuten) Symptomen, die einen direkten Zugang zum HNO-Facharzt erfordern

Akuter Hörverlust

Der akute Hörverlust bedarf der direkten HNO-fachärztlichen Abklärung. Zwar wäre der Primärarzt in der Lage, eine (Hand-)Otoskopie durchzuführen, jedoch fehlen regelmäßig Instrumentarium und die Expertise, um Cerumen oder Fremdkörper zu entfernen. Insbesondere aufgrund technischer Ausstattung (fehlende Vergrößerung, Lichtfarbe und Fokus bei Otoskopen) kommt es häufig zu Fehldiagnosen. Eine Hörstörung bedarf darüber hinaus einer audiologischen Diagnostik, die nur in HNO-Praxen vorgehalten wird. Die vorherige primärärztliche Begutachtung verzögert lediglich Diagnostik und Therapie der Hörstörung.

Halsschmerzen mit Schluckstörung, Kieferklemme oder einseitige Halsschmerzen

Die genannten Symptome können auf einen potentiell gefährlichen Verlauf, wie z. B. einen Abszess im peritonsillären oder parapharyngealen Raum hinweisen, der das Risiko für lebensbedrohliche Komplikationen birgt. Der Patient muss einer raschen endoskopischen Diagnostik zugeführt werden, die nur in HNO-Praxen verfügbar ist. Eine Verzögerung der Diagnostik kann bei diesem Krankheitsbild die Prognose maßgeblich beeinflussen. Dabei sind die Übergänge zwischen gewöhnlichen Halsschmerzen und abszessbedingten Halsschmerzen fließend, sodass eine Öffnung des Direktzugangs für Patienten mit Halsschmerzen zu empfehlen ist.

Schnupfen, Nasenatmungsstörung, Druckgefühl über Nasennebenhöhlen

Die Symptomatik lässt eine Vielzahl möglicher Differenzialdiagnosen zu. Eine sinnvolle Behandlung ist erst nach Anamnese und Nasenendoskopie möglich. Häufig muss eine Allergiediagnostik erfolgen. Insbesondere die Nasenendoskopie steht in der primärärztlichen Versorgung nicht zur Verfügung, häufig kann auch keine Allergiediagnostik erfolgen. Die Inanspruchnahme einer primärärztlichen Behandlung ist in diesem Fall nicht wirtschaftlich.

Anhang: Beispielhafte Listung von (länger dauernden) Erkrankungen, die einen direkten Zugang zum HNO-Facharzt erfordern

Schwerhörigkeit/Hörgeräteversorgung

Patienten mit Schwerhörigkeit und Hörgeräten benötigen die regelmäßige Betreuung durch den HNO-Facharzt, um den Gehörgang zu pflegen und zu reinigen sowie eine audiologische Betreuung, um das Fortschreiten von Hörstörungen zu erkennen und die unterschiedlichen Formen von Hörstörungen zu differenzieren. Neben häufigen Innenohrfunktionsstörungen gibt es auch Störungen durch chronische Entzündungen oder Störungen der Schallleitung, welche regelmäßig operativ behandelt werden. Es ist wissenschaftlicher Konsens, dass Hörstörungen frühzeitig behandelt werden müssen, da kognitive und soziale Einschränkungen mit unversorgter Schwerhörigkeit assoziiert sind. Neben der audiologischen Diagnostik sind auch die Instrumente zur Gehörgangs- und Trommelfellkontrolle nicht primärärztlich verfügbar, sondern stehen lediglich beim HNO-Facharzt zur Verfügung. Eine vorherige Inaugenscheinnahme des Patienten durch den Hausarzt erzeugt lediglich zusätzliche Kosten, bringt aber keinen Steuerungsvorteil.

Chronische Nasennebenhöhlenentzündung und Polyposis

Bei der chronischen Nasennebenhöhlenentzündung ist für die Steuerung der Therapie eine regelmäßige Nasenendoskopie erforderlich. Zudem müssen differenzierte Assessments zum Thema Lebensqualität und Riechstatus erfolgen, um die Patienten einer korrekten Therapie zuweisen zu können. In der Leitlinie sind für ausgewählte Patienten medikamentöse Therapien (Biologika) mit beträchtlichen Jahrestherapiekosten (mehrere 10.000 Euro/Patient/Jahr) vorgesehen. Eine Differenzierung zwischen den verschiedenen Formen der chronischen Nasennebenhöhlenentzündung ist beim Primärarzt nicht möglich. Auch eine Nasenendoskopie steht lediglich in der HNO-Facharztpraxis zur Verfügung. Eine vorherige Inaugenscheinnahme des Patienten durch den Hausarzt erzeugt lediglich zusätzliche Kosten, bringt aber keinen Steuerungsvorteil.

Mundhöhlen-, Rachen- und Kehlkopfkrebs

Aufgrund der von außen nicht sichtbaren Lage werden bösartige Tumoren im HNO-Gebiet häufig spät erkannt und sind bei Erstdiagnose bereits in fortgeschrittenen Stadien. Die Patienten benötigen aufgrund von tumorassoziierten und therapieassoziierten Atmungs-, Sprech- und Schluckstörungen regelmäßig HNO-fachärztliche Betreuung. Im hausärztlichen Bereich können die Betreuung von Luftröhrenschnitt mit einliegenden Kanülen, Schluck- und Sprechstörungen fachlich regelmäßig nicht gewährleistet werden. Der Direktzugang zum HNO-Facharzt sollte gewährleistet sein, um den leidenden und geschwächten Patienten zusätzliche Wege zu ersparen und um Verzögerungen bei der Behandlung zu vermeiden.