

Brandbrief an Politik und Krankenkassen

Ambulante HNO-Kinderchirurgie: „Es ist fünf nach zwölf“

Die politischen Weichenstellungen der letzten Jahre haben zu einem besorgniserregenden Versorgungsengpass bei ambulanten und belegärztlichen HNO-Operationen geführt. Hintergrund sind die unzureichende Abbildung von HNO-Eingriffen in der vertragsärztlichen Vergütung (EBM), die Schließungswelle von Belegabteilungen durch die Krankenhausreform (KHVVG) sowie die Kündigung von OP-Kapazitäten zugunsten lukrativerer Fachrichtungen durch die Krankenhäuser. Im Ergebnis fehlen dringend benötigte Kapazitäten für die operative HNO-ärztliche Versorgung der Bevölkerung. Bundesweit kommt es zu teils sehr langen Wartezeiten auf OP-Termine. Insbesondere Kinder sind betroffen.

[Leid und Entwicklungsstörungen durch lange Wartezeiten](#)

Wegen der unzureichenden Finanzierung der HNO-Kinderoperationen kommt es bundesweit zu langen, oft mehrmonatigen Wartezeiten auf einen OP-Termin. Betroffen sind vor allem Kinder mit vergrößerten Rachen- oder Gaumenmandeln sowie einem Paukenerguss. Die Mandelvergrößerung führt zu Atemstörungen oder Atemaussetzern, Schlafstörungen, behinderter Nasenatmung und unzureichender Belüftung der Mittelohren, was wiederum zur Hörminderung sowie Mittelohrentzündungen führen kann. Je länger eine Hörminderung anhält, desto höher ist das Risiko einer verzögerten Sprachentwicklung. Eine nicht behandelte Atem- und Schlafstörung kann einen reduzierten Allgemeinzustand, Herz-Kreislauf-Beschwerden und eine Verzögerung der kindlichen Entwicklung zur Folge haben. Die Belastung der betroffenen Familien ist immens.

[Krankenhausreform NRW: Kahlschlag bei Belegabteilungen](#)

Die ohnehin angespannte Versorgungssituation verschärft sich durch die absehbaren Folgen der Krankenhausreform. Wie in Nordrhein-Westfalen aktuell zu beobachten ist, führen die in der regionalen Krankenhausplanung gestellten Anforderungen (Personalstärke, Mindestfallzahlen) zu einer großflächigen Schließung der belegärztlichen HNO-Abteilungen. Unter 32 Standorten in NRW, die die beantragte Leistungsgruppe HNO (24.1) nicht zugewiesen bekommen haben, finden sich 31 HNO-Belegabteilungen – mit Wegfall von über 4.000 Operationen pro Jahr. Alle der bereits heute oder demnächst geschlossenen HNO-Belegabteilungen erbringen u.a. Mandel- und Mittelohroperationen bei Kindern. Der Wegfall dieser Kapazitäten kann unter den derzeitigen Bedingungen weder durch ambulante OP-Zentren noch durch die stationäre Klinikaufnahme mit Übernachtung durch die verbliebenen Abteilungen aufgefangen werden. Es wird unweigerlich zu einer nochmals deutlichen Steigerung der Wartezeiten auf einen OP-Termin kommen. Ähnlich verheerende Auswirkungen des KHVVG auf die Klinikstrukturen bzw. das Belegarztwesen drohen in weiteren Bundesländern, darunter insbesondere in Rheinland-Pfalz, Niedersachsen, Bayern oder Baden-Württemberg.

[Kliniken bevorzugen lukrativere Eingriffe](#)

Angetrieben durch die wirtschaftliche Schieflage kommt es darüber hinaus in zahlreichen Krankenhäusern zur Kündigung von OP-Kapazitäten für HNO-ärztliche Eingriffe durch die Krankenhausleitungen. Hintergrund ist die vergleichsweise schlechte Erlössituation der HNO-Eingriffe. Die gängigsten Eingriffe der HNO-Chirurgie, wie Adenotomie, Tonsillotomie oder Operationen der Nasenscheidewand, werden aufgrund vergleichsweise kurzer OP-Zeiten in niedrigen Abrechnungskategorien geführt. Gleichzeitig ist der Aufwand, u. a. wegen des hohen Risikos einer Operation an den kindlichen Atemwegen, ähnlich hoch, wie bei höherbewerteten Eingriffen anderer Fachrichtungen. Da für die Erlössituation des Krankenhauses höherwertige Eingriffe, wie zum Beispiel Knie- oder Wirbelsäulen-Operationen, günstiger und risikoärmer

sind, werden die Verträge mit den HNO-Operateuren gekündigt. Beispiele hierfür gab es zuletzt in Hamburg und Köln. Der Wegfall dieser OP-Kapazitäten führt zu längeren Wartezeiten auf einen OP-Termin.

OP-Engpass führt zu Fehlversorgung

Der Engpass bei den OP-Möglichkeiten führt nicht nur zu einer Unter-, sondern auch zu einer Fehlversorgung. Da die ambulante HNO-Kinderchirurgie für die Kliniken wirtschaftlich nicht darstellbar ist, werden die Patienten oft stationär aufgenommen, ohne dass die medizinische Notwendigkeit dafür gegeben ist. Zwar fällt der Erlös für die Versorgung im Klinik-Setup deutlich höher aus. Die wegbrechenden ambulanten OP-Kapazitäten können die Krankenhäuser aber rein mengenmäßig nicht kompensieren. Auch im Krankenhaus betragen die Wartezeiten auf eine stationäre Adenotomie oder Tonsillotomie mit Paukendrainage mehrere Monate bis zu einem Jahr. Um die Wartezeit zu überbrücken und Entwicklungsstörungen der Kinder zu verhindern, sind einige Häuser dazu übergegangen, in der Zeit bis zur Operation Hörgeräte zu verordnen – mit nochmals hohen, vermeidbaren Kosten für die GKV. Zusätzliche Kosten fallen für sekundär notwendige logopädische Therapien an, wenn ein Kind nicht rechtzeitig operiert wird.

Ambulante Versorgung spart GKV-Gelder

Die Vernachlässigung der ambulanten operativen Strukturen ist vor dem Hintergrund des GKV-Defizits nicht sinnvoll. Durch den Grundsatz ambulant vor stationär lassen sich unnötige Ausgaben in der Gesetzlichen Krankenversicherung vermeiden. Während die Krankenhausbehandlung der am stärksten steigende Ausgabenbereich in der GKV ist und 2024 die Marke von 100 Milliarden Euro überschritten hat, können durch eine konsequente Ambulantisierung Gelder eingespart werden. Nach Berechnung des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi) haben Vertragsärzte ausreichend Kapazität für die zusätzliche Ambulantisierung von drei Millionen stationären Fällen. Die HNO-Heilkunde käme rechnerisch auf 38 zusätzliche ambulantisierbare Behandlungsfälle pro Arzt und Jahr.

Lösung liegt in Hybrid-DRG

Damit die aus Patientensicht sinnvolle sowie politisch gewollte und wirtschaftlich effiziente Ambulantisierung gelingen kann, müssen die ambulanten Strukturen mit ausreichend Finanzmitteln ausgestattet werden. Diese Investitionen würden sich schnell rentieren. Wird beispielsweise ein Kind mit vergrößerten Rachenmandeln (Polypen) stationär aufgenommen und im Krankenhaus operiert, liegt die Summe der DRG-Entgelte über 1.700 Euro. Nach vertragsärztlicher Vergütung beträgt die Honorierung aktuell rund 130 Euro zzgl. Narkose. Während die Vergütung im vertragsärztlichen Bereich deutlich zu niedrig angesetzt ist und die mit dem Eingriff verbundenen Kosten nicht deckt, könnte mit einer Vergütung zwischen DRG und EBM, wie sie die besondere sektorengleiche Vergütung nach § 115f SGB V (Hybrid-DRG) vorsieht, eine Lösung des Problems erreicht werden.

Schnelle Lösung ist notwendig

Im Sinne der leidtragenden Kinder und Familien ist es dringend geboten, das Problem der überlangen Wartezeiten auf einen OP-Termin umgehend zu lösen. Die bisherigen Bemühungen der HNO-Verbände, Aufmerksamkeit für das Leid der Kinder zu schaffen, haben bedauerlicherweise nicht zu einer Lösung geführt. Durch den mit dem KHVVG angestoßenen Strukturwandel verschärft sich das Problem nun nochmals ganz akut. Die Politik kann und muss mit einer schnellen Entscheidung dafür sorgen, dass die HNO-chirurgischen Eingriffe, wie im Referentenentwurf der Hybrid-DRG-Verordnung im Jahr 2023 ursprünglich vorgesehen, in den Katalog nach § 115f SGB V aufgenommen werden. Wenn die Entscheidungsträger jetzt nicht handeln, gehen nicht nur die räumlichen und technischen OP-Kapazitäten, sondern auch die operierenden Ärztinnen und Ärzte für immer verloren. Es ist fünf nach zwölf.

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

Neumünster, 17. März 2025