

Ambulantisierung

Mit Taktstock und Brechstange

Mit der politisch verordneten und notwendigen Ambulantisierung betreten die Krankenhäuser Neuland. Es schlägt die Stunde der Strategen und Pioniere.

Von Dr. Roland Strasheim

„Die Medizin wird zunehmend ambulant.“ Diesen Satz liest man häufig zu Beginn von Präsentation oder Artikeln, wenn es um Ambulantisierung geht. Doch was genau verbirgt sich hinter diesem Begriff, und warum kommen wir in Deutschland damit nicht so schnell voran wie andere Länder? Unbestritten ist: Im Rahmen moderner Medizin können Behandlungen und Eingriffe heute häufig ohne stationären Aufenthalt erfolgen. Dies gilt auch für komplex Diagnostik. Umso unverständlicher erscheint es, dass sich trotz dieser Erkenntnis über Jahre oder gar Jahrzehnte hinweg wenig bewegt. Vielleicht liegt es daran, dass alle wollen, aber niemand kann. Oder ist es umgekehrt? Wer kann und wer will? Und wer verfügt über die notwendigen Strukturen und Prozesse, um ambulante Medizin wirtschaftlich und qualitativ hochwertig zu erbringen? Und für wen lohnt es sich?

Laut dem kürzlich veröffentlichten Report des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (Wi-do) gelten 60 Prozent aller stationären Fälle des Jahres 2024 als „ambulantisierbar“. Das Einsparpotenzial liege bei rund acht Millionen Fällen – und bei etwa 40 Prozent der Kosten (Abbildung). Selbst wenn man die Zahlen konservativ interpretiert, ist nachvollziehbar, dass ein

großer Anteil bisher stationärer Leistungen auch ohne Übernachtung und ohne die „besonderen Mittel des Krankenhauses“ erbracht werden könnte. Genau diese besonderen Mittel begründen jedoch eine vollstationäre Behandlung.

Wer soll es also machen – und wer will es machen? Veränderung findet nur statt, wenn sie sich lohnt. Dieses Prinzip beschreibt die Trägheit unseres Handelns treffend. Doch warum

lohnt es sich nicht, unsere Strukturen und Prozesse der medizinischen Realität anzupassen? Die Ursachen liegen in zwei Bereichen: Strukturen und Prozesse.

Die Strukturen im deutschen Gesundheitswesen sind weiterhin stark getrennt: rechtlich, baulich und vor allem finanziell. Der niedergelassene Arzt ist im ambulanten Bereich tätig, der Krankenhausarzt primär stationär. Zwar erbringen Krankenhäuser zunehmend ambulante Leistungen, doch die Vergütungs- und Finanzierungsmodelle setzen ihrer Entwicklung enge Grenzen.

Damit zementiert das bestehende System die starre Trennung weiter. Doch können niedergelassene Ärztinnen und Ärzte heute überhaupt die ambulante Versorgung vollumfänglich sicherstellen? Und könnten sie zusätzliche Fälle übernehmen, wenn ehemals stationäre Behandlungen in den ambulanten Sektor verlagert würden?

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hält dagegen: „Die mehr als vier Millionen ambulantisierbaren Fälle könnten nach Berechnungen des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (ZI) von den Niedergelassenen übernommen werden.“ Für Internistinnen und Internisten wären dies durchschnittlich 204 zusätzliche Behandlungsfälle pro Jahr – weniger als ein Fall pro Tag. In der Urologie würde die operative Fallzahl um lediglich 2,3 Prozent steigen.

„Effektivität und Effizienz zu steigern, ist gesellschaftlich geboten.“

Ambulantisierungspotenzial in Deutschland

Leistungsgruppe Grundversorgung (TOP 3)	Fälle in Mio.	davon potenziell ambulantisierbar	Belegungstage	davon potenziell ambulantisierbar	Ausgaben in Euro	davon potenziell ambulantisierbar
Allg. Innere Medizin	4,1 Mio.	62%	23,2 Mio.	55%	18,4 Mrd.	53%
Allg. Chirurgie	2,8 Mio.	60%	14,6 Mio.	40%	16,7 Mrd.	40%
Allg. Kinder- und Jugendmedizin	0,7 Mio.	68%	2,2 Mio.	55%	2,9 Mrd.	51%
Alle Leistungsgruppen Grundversorgung	10,2 Mio.	58%	56,6 Mio.	45%	52 Mrd.	44%
Alle Leistungsgruppen	15,2 Mio.	56%	87,1 Mio.	42%	89,3 Mrd.	39%

Quelle: Wido 2025, basierend auf AOK-Abrechnungsdaten
Tab.

Ob diese Annahmen im Realitätscheck bestehen – angesichts zunehmender Wartezeiten auf Facharzttermine – bleibt fraglich. Auch der ambulante Bereich leidet seit Jahren unter Fachkräftemangel. Zudem bleibt unklar, ob komplexere ambulante Fälle adäquat vergütet werden. Gleichzeitig haben Krankenhäuser allerdings strukturelle Vorteile durch die duale Finanzierung.

Also sollen es die Krankenhäuser machen? Leichter gesagt als getan. Krankenhäuser sind historisch nicht darauf ausgerichtet, Leistungen ambulant zu erbringen. Ambulante Versorgung erfordert präzise abgestimmte Prozesse, eine enge Zusammenarbeit zwischen Berufsgruppen und Abteilungen sowie ein hohes Maß an Koordination. Das Wort „Abteilung“ – im Sinne von „abteilen“ – wirkt hier eher hinderlich.

Krankenhäuser können Veränderung

Es gibt zwei gute Gründe, den Kopf nicht in den Sand zu stecken. Erstens: Unser Gesundheitswesen ist extrem teuer und ineffektiv. Wir müssen besser werden. Die Vorhaltung von stationären Strukturen und Kapazitäten ist teuer. Im europäischen Vergleich leisten wir uns die meisten Betten pro Einwohner in (zu) vielen Krankenhäusern. Und diese Strukturen binden Ressourcen, Pflegekräfte und Ärzte. Dennoch ist in vielen Häusern eine Gegenfinanzierung mit Leistungen nicht möglich. Hinzu kommt: die Kassen der Kostenträger sind leer. Die Beiträge der Krankenversicherungen steigen. Effektivität und Effizienz zu steigern, ist also gesellschaftlich geboten.

Zweitens: Wir haben in der Vergangenheit bewiesen, dass wir Wandel können. Beispiele sind die Notfallversorgung bei Schlaganfall und Herzinfarkt: Was vor 20 Jahren Pionierarbeit war (Stroke Units und Chest Pain Units) ist heute selbstverständlich. Auch in der Onkologie zeigen zertifizierte Zentren und enge Kooperationen zwischen Niedergelassenen und Kliniken, dass integrierte Versorgung funktioniert – selbst wenn Finanzierung und Vergütung oft erst verzögert folgen. In der Psychiatrie ist es gelungen, Versorgung weitgehend bruchfrei zwischen ambulant und stationär zu gestalten.

All diese Entwicklungen brauchten mutige Pioniere, bevor sie flächendeckend umgesetzt wurden. Menschen, die voran gehen, weil sie an die Bedeutung von Gesundheitsversorgung glauben. Die sich nicht abschrecken lassen von der Grundidee der optimalen medizinischen und pflegerischen Versorgung.

Ideen der Mitarbeiter aufgreifen

Für Krankenhäuser bedeutet Ambulantisierung, bestehende Prozesse und Strukturen mutig aufzubrechen. Das „Aufbrechen“ beschreibt den Kraftaufwand – das Mindset sollte jedoch eher dem eines Dirigenten entsprechen als dem einer Brechstange. Viele Mitarbeitende in

Medizin, Pflege und Therapie haben wertvolle Ideen. Sie müssen lediglich orchestriert werden.

Ein weiterer zentraler Schritt ist die strategische Entscheidung, welche Leistungen das Krankenhaus künftig selbst ambulant erbringen sollte, welche in Kooperation und welche künftig besser nicht mehr. Das wird zwangsläufig zu Leistungs- und Casemix-Verlusten führen. Doch wie ein ehemaliger Kollege sagte: „Es gibt keine schlechten Nachrichten – außer denen, die zu spät kommen.“ Krankenhausträger und Geschäftsführungen sollten daher frühzeitig Medizinstrategie und Prozessmanagement planen.

Und der Gesetzgeber? Auch er darf nicht untätig bleiben. Verbesserte Finanzierung neuer Strukturen und eine angemessene Vergütung ambulanter Leistungen – im Notfall wie im Elektivbereich – werden über Erfolg oder Misserfolg entscheiden. Vor der Vergütung steht jedoch der passende Rechtsrahmen. Am Beispiel der Krankenhausreform mit Level 1i- und In-Krankenhäusern zeigt sich: Die Form muss der Funktion folgen. Mit der zunehmenden Ambulantisierung braucht es kreative Lösungen, Vereinfachung und Entbürokratisierung. Der eine oder andere Paragraph kann dabei vielleicht verschwinden, um Leistungserbringung und Kooperation zu fördern. Denn Veränderungsbereitschaft und Mut müssen sich lohnen. Nur dann entsteht aus Handlungsdruck echter Gestaltungswille. Eines ist sicher: Die Medizin wird zunehmend ambulant.

Dr. Roland Strasheim
Krankenhausmanager und Systemischer Coach
HC&S AG