



© bluedesign – stock.adobe.com

Ambulantisierung im Krankenhaus

Herausforderungen, Chancen und Lösungsansätze

Von Antje Richter

Der Übersichtsartikel beleuchtet fundiert die zentralen Herausforderungen und Chancen der Ambulantisierung im Krankenhauswesen. Er bietet eine Analyse der Hybrid-DRGs und erläutert wirtschaftliche Risiken bis hin zu strukturellen und personellen Anpassungen inklusive praxisnahen Strategien, mit denen Kliniken wirtschaftlich tragfähige, patientenzentrierte Versorgungsmodelle erfolgreich umsetzen können.

Keywords: Ambulantisierung, Strategie, Innovation

Angesichts des demografischen Wandels, steigender chronischer Erkrankungen und zunehmend eingeschränkter ambulanter Versorgungsangebote durch niedergelassene Ärzte stehen Krankenhäuser in Deutschland unter erheblichem Kostendruck. Gesetzliche Vorgaben, wirtschaftliche Zwänge und medizinischer Fortschritt treiben die Verlagerung stationärer Leistungen in den ambulanten Sektor voran, während Patienten kurze Wartezeiten, wohnortnahe Behandlung und rasche Rückkehr in den Alltag wünschen. Politik und Kostenträger haben daher Reformen angestoßen, wie die Einführung von Hybrid-DRGs, Ambulantom operieren, Integrierter Ver-

sorgung oder sektorübergreifender Pauschalen. Die Ambulantisierung verspricht Entlastung stationärer Kapazitäten, Effizienzsteigerung und reduzierte Belastung von Kassen und Gesellschaft, erfordert jedoch hohe Investitionen in spezialisierte Zentren, digitale Infrastrukturen und neue Prozessabläufe. Dieser Paradigmenwechsel beeinflusst zunehmend die Bilanz und Organisation von Kliniken und stellt sie vor die Aufgabe, ambulante Infrastruktur und Abläufe grundlegend anzupassen. Nur so lassen sich wirtschaftlich tragfähige, patientenzentrierte Versorgungsmodelle „aus einer Hand“ realisieren. Entscheidungsträger benötigen daher ein fundiertes Verständnis der ökonomischen und strukturellen Rahmenbedingungen, um nachhaltige ambulante Strategien erfolgreich umzusetzen.

Politische Rahmenbedingungen

Die jüngsten Reformen zielen darauf ab, eine sektorenübergreifende Vergütung zu ermöglichen. Trotz dieses grundsätzlich innovativen Ansatzes wird in der Praxis häufig z. B. eine adäquate Finanzierung der Sachkosten in Frage gestellt, da Zuschlagsregelungen in den Länder-Rahmenvereinbarungen

uneinheitlich sind. Anstelle der bisherigen Trennung zwischen vollstationären DRG-Pauschalen und EBM-Leistungen für den ambulanten Bereich erlaubt das Hybrid-System, ausgewählte Prozeduren je nach medizinischer Anforderung und Versorgungsnotwendigkeit flexibel abzurechnen. So soll ein sektorübergreifender Behandlungsablauf gefördert und sektorale Fragmentierung zwischen stationär und ambulant aufgehoben werden.

Hybrid-DRGs

Hybrid-DRGs fassen ausgewählte stationäre wie ambulante Prozeduren unter einheitlichen Fallpauschalen zusammen, sollen den Sektor-Übergang erleichtern sowie Doppelstrukturen bei Diagnostik und Therapie vermeiden. Da das Modell bislang nur im Pilotkatalog (§ 115 f SGB V) erprobt wird, beruhen viele Erkenntnisse auf Testläufen. Die Sachkostenerstattung, derzeit in Länder-Rahmenvereinbarungen verhandelt, bleibt vorerst uneinheitlich und verursacht Finanzierungsunsicherheiten. Für Kliniken sind umfassende organisatorische Anpassungen nötig: Prozessketten müssen verzahnt und teilstationäre, ambulante und sta-

tionäre Leistungen in „hybridisierten Versorgungszentren“ gebündelt werden. Neue Abrechnungsmodalitäten verlangen ein präzises Kostencontrolling und transparente Dokumentationsverfahren, um Erlösausfälle zu vermeiden. Gezielte Schulungen für das Personal sind unverzichtbar, damit die neuen Vergütungsregeln sicher angewendet werden können. Die Chancen der Hybrid-DRGs liegen in innovativen Versorgungsformen, wie tagesklinischen OPs oder stationär-ambulanten Übergangssprechstunden, die eine effizientere Ressourcennutzung erlauben und Behandlungsqualität wie Patientenzufriedenheit steigern.

Pauschale Budgets statt Einzelabrechnungen verbessern die Planbarkeit für Leistungserbringer und konstante Erlösströme sichern langfristig Investitionen in IT, Personal und neue Therapieverfahren. Kritisch bleibt, dass die Pauschalen oft nicht ausreichen, um alle Kosten zu decken. Zuschläge für aufwändige OP-Ausstattung oder Nachsorge fehlen, sodass Kliniken bei umfassendem Leistungsspektrum Defizite riskieren. Zudem führen unklare Abgrenzungen zwischen ambulanten und teilstationären Eingriffen zu aufwendigen Prüfverfahren durch die Kassen und erschweren regional unterschiedliche Sachkostenerstattungen die Planung. Ohne belastbare Kostenkalkulation und klare Zuschlagsregeln droht mit den Hybrid-DRGs statt Prozessoptimierung vor allem administrativer Mehraufwand.

Wirtschaftliche und organisatorische Herausforderungen

Da ambulante Leistungen meist niedriger vergütet werden als stationäre, stehen Kliniken vor der Herausforderung, wirtschaftliche Stabilität mit organisatorischer Neuorientierung zu verbinden. Dabei bestehen Risiken, denn sie müssen beim Aufbau ambulanter Strukturen in Vorleistung gehen und werden mit hohen Anlaufkosten konfrontiert, z. B. für OP-Umbau, Medizintechnik oder digitale Dokumentation, ohne dass sich diese unmittelbar aus den Vergütungen refinanzieren. Strukturell müssen Prozessketten neu ausgerichtet, Abläufe verzahnt und interdisziplinäre Teams aufgebaut werden, die flexibel zwischen stationär und ambulant agieren. Erfolgreiche Häuser starten mit Pilotprojekten in einzelnen Fachbereichen und skalieren diese anhand belastbarer Wirtschaftlichkeitsdaten.

Best Practices: Strategien zur wirtschaftlichen Anpassung

Ein praxisbewährter Ansatz kombiniert Lean-Management-Prinzipien mit digitalen Tools: Kostenstellen und Leistungspfade werden analysiert, um Prozesse zu optimieren und Ressourcen gezielt zu steuern. Kooperationen mit Niedergelassenen und MVZs schaffen Entlastungen bei taggleicher Qualitätssicherung. Best Practices helfen Kliniken, trotz sinkender stationärer Erlöse wirtschaftlich stabil zu bleiben:

Aufbau spezialisierter ambulant-chirurgischer Zentren: Durch die Bündelung verwandter Eingriffe an einem Ort für ambulante Angebote werden Prozesskosten deutlich gesenkt und personale wie technische Ressourcen optimal ausgelastet. Kliniken, die ambulante Zentren, etwa für Unfallchirurgie oder Gastroenterologie, geschaffen haben, berichten von deutlich verkürzten Wechselzeiten und einer schlanken Kostenstruktur.

Integrierte Versorgungsnetzwerke mit Niedergelassenen: Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten und Medizinischen Versorgungszentren ermöglichen eine Verlagerung von Nachsorgemaßnahmen und Folgeuntersuchungen in deren effiziente Settings. So entlasten Kliniken vollstationäre Bereiche, reduzieren Leerlauf und pflegen dadurch Zuweiserkontakte.

Telemedizinische Netzwerke und virtuelle Sprechstunden: Durch Telekonsile und digitale Nachsorgeprogramme werden schon heute Kontaktzeiten mit und Wartezeiten für Patienten effektiv reduziert und Folgebehandlungen effizienter organisiert. Dies spart sowohl Personal- als auch Raumbedarf vor Ort und schafft gleichzeitig neues Erlöspotenzial über telemedizinische Abrechnungspositionen.

Value-Based Contracting mit Kostenträgern: Erste Häuser bemühen sich um Rahmenvereinbarungen, in denen nicht jede Einzelleistung, sondern definierte Behandlungspfade pauschal vergütet werden. Solche Value-Based Contracts incentivieren eine integrale Prozesssteuerung und belohnen effektive, qualitätsorientierte Versorgungsmodelle, was finanzielle Planungssicherheit schafft. Ein Beispiel für Value-Based Contracting ist der PROvalue™-Qualitätsvertrag zur Endoprothetik. Hier werden definierte Qualitäts- und Kostenziele für Hüft- und Knieprogramme vereinbart, deren Vergütung an tatsächlich erzielte Behandlungsergebnisse gekoppelt sind.

Mobile Behandlungs- und OP-Einheiten: Für spezialisierte Eingriffe, die in hoher Stückzahl an unterschiedlichen Standorten nachgefragt werden, betreiben erste Kliniken mobile OP-Einheiten, die im europäischen Ausland schon verbreiteter sind. Diese rollenden OP-Säle werden temporär in kooperierenden Einrichtungen, z. B. MVZ, installiert und amortisieren sich durch hohe Auslastung.

Lean-Management und digitale Steuerung: Eine konsequente Anwendung von Lean-Prinzipien in Verbindung mit Echtzeit-KPIs für Belegungs- und Kostenstellen ermöglicht Transparenz über die Leistungspfade hinweg. Automatisierte Termin- und Personalplanung senkt Overhead-Kosten, während digitale Workflows den Dokumentationsaufwand reduzieren.

Durch eine kombinierte Strategie aus Spezialisierung, kooperativer Netzwerkbildung und datengetriebener Prozessoptimierung wird es Kliniken gelingen, finanzielle Risiken der Ambulantisierung abzufedern und gleichzeitig Chancen in beiden Versorgungssektoren zu nutzen.

Notwendige strukturelle und personelle Anpassungen

Krankenhäuser sind dabei, eigene Ambulanzbereiche zu schaffen, um Patientenströme besser zu lenken und Wartezeiten zu kürzen. Erst eine integrierte IT mit Terminplanung, elektronischer Patientenakte und Abrechnung sorgt für wirklich nahtlose Informationsflüsse zwischen stationärem und ambulatem Bereich. Flexible Personalplanung und Cross-Training ermöglichen den sektorenübergreifenden Einsatz, Lean-optimierte Abläufe von Check-in bis Nachsorge reduzieren Durchlaufzeiten und schonen Ressourcen. Interdisziplinäre Teams aus Ärzten, Pflege und Therapeuten sichern durchgängige Qualität, Kooperationen mit Praxen, MVZ und Telemedizin gewährleisten lückenlose Anschlussversorgung. Durch kontinuierliches Qualitäts- und Risikomanagement mit standardisierten Checklisten für Hygiene und Patientensicherheit werden die Anpassungen rund. Dies alles sind massive Herausforderungen, die an vielen Stellen zentrales Umdenken erfordern.

All das setzt unter anderem neue Qualifikationen in Führung und Organisation voraus. Anders als im hierarchisch geprägten stationären Bereich

erfordert ambulante Führung mehr Flexibilität, Kooperation und Managementkompetenz im Umgang mit schlanken, effizienten Prozessen und heterogenen Teams. Führungskräfte brauchen neben fachlicher Expertise vor allem Fähigkeiten in Prozess- und Projektmanagement, unternehmerischem Denken, Performance-Controlling und interprofessioneller Teamsteuerung. Gefragt ist ein kooperatives, serviceorientiertes Führungsverständnis, das Mitarbeitende eigenverantwortlich in komplexe Abläufe einbindet. Es gilt, Fach- und Sozialkompetenzen zu vereinen: Ärzte ar-

Zukunftsperspektiven

Um dem wachsenden Bedarf an ambulanter Versorgung zu begegnen, müssen Kliniken spezialisierte Behandlungszentren aufbauen und digitale Prozessketten etablieren, die Routineabläufe automatisieren und Ressourcen effizient nutzen. Dabei sind personelle Anpassungen essenziell: Interdisziplinäre Teams aus Pflege, Therapeuten und Ärzten benötigen flexible Rollenprofile sowie maßgeschneiderte Fort- und Weiterbildungen für sektorenübergreifende Einsätze. Lean-optimierte Workflows, von der Terminvergabe bis zur Nachsorge,

folg sind die ganzheitliche Verzahnung von Vergütung und Organisation, wirtschaftliche Anpassungen, strukturelle Veränderungen und frühzeitige Personal(entwicklungs-)maßnahmen. Hybrid-DRGs fördern integrierte Versorgungspfade, erfordern jedoch präzise Kostenkalkulation. Strategien wie Lean-Management, digitale Prozesse, spezialisierte Zentren und flexible Fortbildungskonzepte stärken Effizienz und sichern effektive Personaleinsätze. Auf Personalbesetzungen spezialisierte Experten können bei der gezielten Rekrutierung und Selektion, beim Kompetenz-Mapping und Onboarding unterstützen. Damit ambulante Konzepte nachhaltig greifen, müssen sie gemeinsam mit Kostenträgern evaluiert, kontinuierlich optimiert und langfristig wissenschaftlich begleitet werden. So lassen sich Verbesserungspotenziale heben und dauerhaft in eine patientenzentrierte Versorgung integrieren. ■

„Die Ambulantisierung bringt große Herausforderungen – und gleichzeitig Chancen. Entscheidend für ihren Erfolg sind die ganzheitliche Verzahnung von Vergütung und Organisation, wirtschaftliche Anpassungen, strukturelle Veränderungen und frühzeitige Personal(entwicklungs-)maßnahmen.“

beiten routiniert mit digitalen Dokumentationssystemen, Telemedizin und Nachsorgeprotokollen. Pflege- und Assistenzkräfte werden in Patientensteuerung, Krisenintervention und Ressourcenmanagement geschult. Junge Fachkräfte sollten früh durch Praktika und flexible Arbeitsmodelle für die ambulante Tätigkeit motiviert werden. Rückkehrprogramme und flexible Kooperationen helfen, niedergelassene Fachärzte zu gewinnen. Fortbildungen und klare Karriereperspektiven sichern langfristig Qualifikation und Bindung.

erhöhen die Effizienz, während modulare Betriebsstrukturen den Wandel vom bettorientierten zum patientenzentrierten System unterstützen. So entstehen ambulante Exzellenzzentren, die hohe Fallzahlen routiniert bewältigen, innovative Therapien integrieren und wirtschaftlich tragfähige Versorgung „aus einer Hand“ ermöglichen.

Fazit

Die Ambulantisierung bringt große Herausforderungen – und gleichzeitig Chancen. Entscheidend für ihren Er-



Antje Richter
Senior Consultant
Rochus Mummert Healthcare
Consulting GmbH
antje.richter@rochusmummert.com