



Hohes Potenzial für Ambulantisierung in Deutschland

Mehr als die Hälfte der stationär behandelten Fälle könnte ambulant versorgt oder vermieden werden. Das zeigt eine Analyse für den aktuellen Krankenhaus-Report des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO).

Von Stefanie Roloff

Für die Modellrechnung hat das WIdO wissenschaftliche Ansätze zur Vermeidung oder Verlagerung von Krankenhausfällen gemeinsam betrachtet und auf die Krankenhausfälle des Jahres 2024 angewendet. Das Ergebnis: In allen 16 Bundesländern liegt das Ambulantisierungspotenzial bei mehr als der Hälfte der stationären Fälle. Auf Bundesebene wären von 15,2 Millionen Krankenhausfällen im Jahr 2024 damit etwa 8,6 Millionen Fälle „ambulantisierbar“ oder vermeidbar. Das entspricht 42 Prozent der Belegungstage und 39 Prozent der Klinik-Ausgaben.

„Die ambulante Erbringung medizinischer Leistungen führt zu deutlich geringeren Kosten als die stationäre Versorgung, da vor allem der teure Bedarf einer Rund-um-die-Uhr-Betreuung entfällt“, sagt Dr. David Scheller-Kreinsen, WIdO-Geschäftsführer und Mitherausgeber des Krankenhaus-Reports. Diese geringeren Kosten müssten sich aber auch in geringeren Erlösen niederschlagen, um die GKV-Finzen zu stabilisieren. Bei entsprechender Aufstellung der prä- und poststationären Versorgungsstrukturen sei nach allen internationalen Erfahrungen

keine Qualitätsverschlechterung zu erwarten, so Scheller-Kreinsen. Besonders groß ist das Potenzial in fallzahlstarken Leistungsgruppen der Grundversorgung, etwa in der „Allgemeinen Inneren Medizin“ und der „Allgemeinen Chirurgie“. Dort wurden jeweils über 60 Prozent der Fälle als ambulantes Potenzial identifiziert.

KONSEQUENTE UMSETZUNG NÖTIG

Erste Analysen aus Nordrhein-Westfalen (NRW) zeigen jedoch, dass sich bislang kaum etwas an der Zahl der beteiligten Krankenhausstandorte verändert hat. „Das Thema wird mit der aktuellen Krankenhausreform nicht konsequent angegangen“, betont Scheller-Kreinsen. Kapazitäten und Vorhaltefinanzierung müssten um „ambulantisierbare“ Leistungen bereinigt werden. Sonst würden Kliniken weiterhin für stationäre Strukturen finanziert, obwohl ein Teil der Leistungen künftig ambulant erbracht werden könnte. Auch die Regelungen für „sektorenübergreifende Versorger“ seien zu starr und verhinderten regionale Lösungen.

© weidmomsstock / stock.adobe.com

© weidmomsstock / stock.adobe.com

Positive Effekte kann die Krankenhausreform laut Report bei der Bündelung spezieller Eingriffe wie Hüftimplantationen oder Krebsoperationen haben. Das zeigen erste Daten aus NRW, wo die Einführung und Zuweisung der Leistungsgruppen bereits vorweggenommen wurde. Voraussetzung ist, dass Kliniken spezifische Qualitätskriterien erfüllen. Bei Leistungen der Spezialversorgung wurde eine Reduzierung der operierenden Krankenhausstandorte um bis zu 70 Prozent verzeichnet. So führten vor der Reform 247 Klinikstandorte Hüftimplantationen durch, nach der Zuweisung nur noch 137. Im zweiten Quartal 2025 wurden nur noch drei Prozent der Fälle an Standorten ohne Zuweisung operiert, 2023 waren es noch 17 Prozent.

„Das zeigt, dass das Reformziel der qualitätsorientierten Konzentration gelingen kann, wenn – wie in Nordrhein-Westfalen – der nötige politische Wille zur konsequenten Krankenhausplanung vorhanden ist“, sagt AOK-Vorstandsvorsitzende Dr. Carola Reimann. Die „Gelegenheitsversorgung“ bei Eingriffen der Spezialversorgung sei deutlich reduziert worden – eine gute Nachricht für die Patientensicherheit. In anderen Bundesländern stehe dieser Prozess noch bevor. Ausnahmeregelungen könnten ihn aber abschwächen.

ERFAHRUNGEN AUS DER SCHWEIZ

Der aktuelle Krankenhaus-Report bietet eine detaillierte Analyse der Krankenhausplanung in der Schweiz, die ebenfalls auf Leistungsgruppen basiert. Dort wurden Qualitätsvorgaben seit 2012 nicht national, sondern je nach Kanton unterschiedlich umgesetzt. Die Analyse zeigt: Wo Ausnahmen möglich sind, werden sie auch genutzt. „Daraus kann man für die deutsche Krankenhausreform wichtige Schlüsse ziehen“, erklärt Alexander Geissler, Professor für Gesundheitsökonomie, -Politik und -Management an der Universität St. Gallen. Bei zu vielen Ausnahmeregelungen drohe ein „Flickenteppich“, der den Reformprozess konterkariere.

FEHLANREIZE BEIM PFLEGEHALT

Der Report beleuchtet zudem das dynamische Wachstum des Pflegebudgets. Seit 2020 können Kliniken Kosten für zusätzliches Pflegepersonal direkt an die Krankenkassen weitergeben. Dieses Prinzip der Selbstkostendeckung hat laut WIdO zu mehr Pflegekräften in Krankenhäusern geführt, aber auch zu steigenden Kosten: von 19,4 Milliarden Euro im Jahr 2020 auf 26,1 Milliarden Euro im Jahr 2024. Für 2025 liegen die Forderungen der Krankenhäuser aktuell zwölf Prozent über dem vereinbarten Wert. Die Koalition will die Zuwächse deshalb begrenzen.

Eine Begrenzung könne die Kosten kurzfristig dämpfen, behebe aber nicht die systemischen Fehlanreize, sagt Scheller-Kreinsen. Seit Einführung des Pflegebudgets sei ein verlangsamtes Wachstum des Pflegepersonals in der Langzeitpflege zu verzeichnen. Außerdem bremse das Pflegebudget die Ambulantisierung und verlagere Tätigkeiten in die Pflege, die keiner pflegerischen Qualifikation bedürften. „Das Pflegebudget muss auch vor diesem Hintergrund weiterentwickelt



werden“, fordert der WIdO-Experte. Pflegediagnosen und Pflegeleistungen sollten verbindlich dokumentiert und als Grundlage für ein neues Vergütungssystem genutzt werden, das Pflegebedarf und später auch Pflegequalität besser abbildet.

VERSCHIEDENE REFORMPERSPEKTIVEN

Der Krankenhaus-Report 2026 widmet sich in 20 Kapiteln dem Schwerpunktthema „Reformperspektiven“ – mit Blick auf Krankenhausstrukturen, Krankenhausfinanzierung, Ambulantisierung und sektorenübergreifende Versorgung. Die Beiträge des 420-seitigen Sammelbandes fragen aus verschiedenen Perspektiven, ob die aktuelle Krankenhausreform auf dem richtigen Weg ist, um mangelnder Qualitätsorientierung, einer alternden Gesellschaft und knapper werdenden Ressourcen zu begegnen.



Der Krankenhaus-Report 2026 ist als Open Access-Publikation abrufbar unter: <https://www.wido.de/publikationen-produkte/buchreihen/krankenhaus-report/2026/>



DIE PRAXIS-SERIE

Lesen Sie am 25. Juni:

Das Projekt QuATRo (Qualität in Arztnetzen – Transparenz mit Routinedaten) ermöglicht Arztnetzen einen Vergleich der Versorgungsqualität mit anderen Netzen und dem landesweiten Durchschnitt. Wir berichten über aktuelle Ergebnisse.

Kontakt: Haben Sie Fragen an die AOK oder Themenwünsche für diese Seite? Dann schreiben Sie uns per E-Mail an: prodialog@bv.aok.de.



„Die Aufteilung nach Sektoren ist die Denke von gestern“

Warum Ambulantisierung ein durchdachtes Vergütungssystem und klare Versorgungsstrukturen jenseits von Sektorengrenzen braucht, erläutert David Scheller-Kreinsen, WIdO-Geschäftsführer und Mitherausgeber des Krankenhaus-Reports.

Das Interview führte Stefanie Roloff

Herr Dr. Scheller-Kreinsen, was steckt hinter dem Ambulantisierungspotenzial von 8,6 Millionen Fällen?

Die Analyse erfasst – anders als andere Untersuchungen – alle Ambulantisierungskonzepte und -dimensionen. Im Kern geht es um drei Blöcke:

- Erstens einfache geplante Krankenhausfälle, die ambulant versorgt werden könnten. Das ist kurzfristig erreichbar und vor allem eine Frage des Vergütungssystems, also von ambulanten Operationen und stationärsersetzenden Eingriffen, sektorgleichen Vergütungen, Hybrid-DRGs und Kurzliegerpauschalen. Einfache chirurgische wie internistische Fälle ließen sich leicht in einen anderen Katalog übertragen. Die Strukturen könnten zügig folgen. Dabei geht es nicht nur um eine Verlagerung in den

vertragsärztlichen Bereich, sondern auch um ambulante Versorgung am Krankenhaus, wie bei den Kurzliegerpauschalen. Das betrifft insgesamt rund sechs Millionen Fälle und wäre in ein bis fünf Jahren realisierbar.

- Zweitens geht es um die Notfallperspektive. Für Fälle, die als Notfall klassifiziert werden, braucht es bessere Versorgungsstrukturen. Die integrierten Notfallzentren gibt es bislang nur auf dem Papier. Aus meiner Sicht reichen aber schon diese Pläne so nicht aus. Entscheidend wäre, dass sie eigenständig mit eigenem Budget arbeiten und neutral in die richtige Versorgungsebene steuern können. Sonst bleibt der Staubsaugereffekt bestehen: Für Kliniken ist es finanziell interessant, Fälle stationär aufzunehmen.



Dr. David Scheller-Kreinsen,
Geschäftsführer des
Wissenschaftlichen
Instituts der AOK
(WIdO)

- Drittens geht es um die Vermeidung ambulant-sensitiver und pflegesensitiver Krankenhausfälle. Diesen Bereich haben wir mit zwei Millionen Fällen quantifiziert. Dafür braucht es strukturpolitische Impulse, tiefgreifende Veränderungen in den ambulanten Strukturen und ein gutes Primärversorgungssystem. Das ist eher in fünf bis zehn Jahren realisierbar.

Wo liegt aus Ihrer Sicht der größte Hebel?

Für einfache Krankenhausfälle wären konsequente Kurzliegerpauschalen der beste Hebel. Gleichzeitig müsste die ambulant-stationäre Schnittstelle aufgeräumt werden. Dort besteht derzeit ein großes Chaos: Hybrid-DRGs, ambulante Operationen, stationärsersetzende Eingriffe und viele weitere Paragraphen. Das erhöht die Komplexität ohne Not und schafft Intransparenz. Die Hybrid-DRGs waren aus meiner Sicht in der jetzigen Umsetzung nicht passend. Sie sollten eher zur Seite gestellt werden. Bei den Kurzliegerpauschalen müsste beachtet werden, dass die Effizienzen ambulanter Versorgung direkt eingepreist werden. Dafür braucht es aber auch eigene ambulante Strukturen. Ambulante Versorgung am Krankenhaus funktioniert nicht einfach mit freien Zimmern und dem Overhead der stationären Versorgung.

Welche Fälle landen heute im Krankenhaus, obwohl sie anders versorgt werden könnten?

Da gibt es die Klassiker im chirurgischen Bereich, etwa die Mandel- oder die Gallenblasenoperation. Letztere ist ein anschauliches Beispiel: Frankreich hat 2013 bereits rund zehn Prozent dieser Eingriffe ambulant erbracht, 2023 waren es etwa 50 Prozent. In Deutschland lag der Anteil 2013 bei null Prozent – und 2023 ebenfalls. Das zeigt, wie groß das Entwicklungspotenzial ist. Allein in diesem Bereich geht es um rund 200.000 Fälle.

Daneben gibt es auch internistische Fallgruppen, etwa Herzrhythmusstörungen oder unkomplizierte Erkrankungen der Verdauungsorgane. Auch das sind jeweils Fallgruppen mit mehr als 200.000 Fällen. Hinzu kommt das Feld der Vermeidung, zum Beispiel bei Diabetes Typ 2 oder Herzinsuffizienz.

Viele Hausarztpraxen erleben schon jetzt volle Wartezimmer, Fachkräftemangel und Bürokratie. Wie realistisch ist es, ihnen zusätzlich eine Schlüsselrolle zuzuschreiben?

Das berührt das große Thema Primärversorgung. Die Einzelarztpraxis lässt sich nicht einfach als Zukunftsmodell

WIR BRAUCHEN INTERPROFESSIONELLE TEAMS.

fortschreiben. Wir brauchen interprofessionelle Teams. Bei Vermeidung und Verlagerung geht es zudem nicht nur um Hausärztinnen und Hausärzte, auch Fachärzte sind wichtige Stakeholder. Gleichzeitig würde nicht alles in der vertragsärztlichen Versorgung landen. Auch die Krankenhäuser müssen mit einbezogen werden. Aus internationalen Vergleichen wissen wir: Zu wenig Personal haben wir insgesamt nicht – weder im ärztlichen Bereich noch in anderen Gesundheitsberufen. Wir setzen die vorhandenen Ressourcen nur nicht besonders geschickt ein.

Was sagen die Erfahrungen aus NRW über die Grenzen der Leistungsgruppen?

Leistungsgruppen sind zunächst ein stationäres Klassifikationsmodell, um Versorgungsaufträge sinnvoll und transparent zu definieren. Mit Ambulantisierung hat dieses Instrument per se erst einmal wenig zu tun. Allerdings wird die Kapazitätsfrage durch die Krankenhausreform bislang nicht ausreichend adressiert. Eigentlich bräuchte es eine belastbare Vorstellung davon, wie viele stationäre Kapazitäten wir in Zukunft noch benötigen. In eine solche Bedarfsbemessung müsste Ambulantisierung selbstverständlich einfließen. Leistungsgruppen können Spezialisierung und Konzentration ordnen, aber sie ersetzen kein empirisch fundiertes Bedarfsbemessungsinstrument, das wir dringend auf den Weg bringen sollten.

Welche Rolle sollten Kliniken künftig in der ambulanten Versorgung spielen?

Aus meiner Sicht ist diese Aufteilung nach sektoraler Zugehörigkeit eines Leistungserbringers die Denke von gestern. Wir müssen Versorgungsaufträge viel stärker unabhängig von der sozialgesetzlichen Verankerung des jeweiligen Leistungserbringers denken. Ent-

scheidend ist, ob die Leistung ambulant oder stationär erbracht werden sollte. Das heißt nicht, dass die strukturellen Anforderungen keine Rolle spielen. Im Gegenteil: Wer einen Versorgungsauftrag übernimmt, muss sicherstellen, dass die dafür notwendigen Strukturen vorhanden sind. Aber diese Verantwortung sollte sich aus dem konkreten Auftrag ergeben – nicht aus historisch gewachsenen Sektorenzuständigkeiten.

Welche Rolle spielt die ambulante Pflege bei der Vermeidung von Krankenhausfällen?

Wir sprechen inzwischen über mehr als fünf Millionen Pflegebedürftige. Die wenigsten werden stationär gepflegt, die meisten leben im häuslichen Setting. Dort tragen die pflegenden Angehörigen die Hauptlast. Hier tätige Pflegekräfte können etwa gesundheitliche Verschlechterungen früh erkennen, das Medikamentenmanagement stabilisieren oder auch koordinierend und damit auch präventiv wirken. Aus vielen Analysen wissen wir jedoch: Die Mehrheit der Haushalte wird von den Angehörigen – und ohne Pflegedienst – versorgt. Das unterstreicht die Bedeutung einer bedarfsorientierten, wohnortnahen ambulant-ärztlichen Versorgung für diese häufig vulnerable und in ihrer Mobilität eingeschränkte Bevölkerungsgruppe. Momentan sehen wir eher eine gegenläufige Entwicklung – teils unzureichende fachärztliche Versorgung, einen Mangel an Pflegefachkräften, teils stark belastete pflegende Angehörige. Die Vermeidung von Klinikaufenthalten hängt folglich stark mit der Frage zusammen, was eine nachhaltige, zukunftsfähige Versorgung für die wachsende Zahl von Pflegebedürftigen im ambulanten beziehungsweise häuslichen Setting braucht. Sie muss wohnortnah erfolgen, zugänglich, kooperativ und vernetzt sein, eine geriatrische Kompetenz aufweisen und sich auf Pflegekräfte stützen können, deren Kompetenzen – gegebenenfalls unter Verwendung von Telemedizin – deutlich erweitert werden.

Vielen Dank für das Gespräch.