



© Sergey Nivens – stock.adobe.com

Ambulantisierung braucht Prozesskompetenz

Erkenntnisse aus der operativen Gynäkologie für eine zukunftsfähige Versorgungsplanung

Von Prof. Dr. Michael Greiling und Maren Maria Greiling

Die Ambulantisierung ist eine der zentralen Reformbewegungen im deutschen Gesundheitswesen. Politisch gewollt, demografisch notwendig, wirtschaftlich gefordert – doch praktisch stellt sie Krankenhäuser vor tiefgreifende Veränderungen. Besonders die operative Gynäkologie zeigt, wie anspruchsvoll die Umsetzung ist. Denn es geht nicht nur um neue Vergütungskataloge, sondern um eine systemische Neuausrichtung klinischer Prozesse. Wer diese Veränderung nicht als reine Leistungsverchiebung, sondern als strategische Gestaltungsaufgabe versteht, kann ambulante Versorgung qualitativ sichern und wirtschaftlich tragfähig entwickeln.

Keywords: Strategie, Ambulantisierung, Prozessmanagement

Die Ambulantisierung medizinischer Leistungen ist längst mehr als ein gesundheitspolitisches Schlagwort – sie ist zu einer zentralen Systemfrage geworden. Angesichts steigender Fallzahlen, stagnierender Personalressourcen und begrenzter finanzieller Mittel ist der Ausbau ambulanter Versorgungsstrukturen ein notwendiger Schritt, um die Gesundheitsversorgung

zukunftsfähig zu gestalten. Die Einführung sektorengleicher Vergütungsmodelle wie der Hybrid-DRG unterstreicht diesen Paradigmenwechsel. Mit der zum 1. Januar 2025 vorgenommenen Erweiterung des Hybrid-DRG-Katalogs um 94 weitere operative Prozeduren, unter anderem aus der Gynäkologie, gewinnt die Ambulantisierung weiter an Dynamik. Gleichzeitig wirft die geplante schrittweise Absenkung der Pauschalen auf das EBM-Niveau bis 2030 grundlegende Fragen zur wirtschaftlichen Tragfähigkeit auf. Fachverbände wie der Berufsverband Deutscher Anästhesistinnen und Anästhesisten warnen, dass dadurch die Anreize zur Ambulantisierung massiv geschwächt werden könnten. Vor diesem Hintergrund stellt sich die entscheidende Frage mehr denn je: Wie kann dieser tiefgreifende Umbau gelingen – ohne Einbußen bei der Versorgungsqualität und unter Wahrung wirtschaftlicher Tragfähigkeit?

Ein Eingriff, drei Versorgungslogiken

Gerade bei komplexeren Eingriffen zeigt sich, was Ambulantisierung in

der Praxis wirklich bedeutet: Es geht nicht um die bloße Verlagerung vom Krankenhausbett in den Behandlungsstuhl, sondern um die tiefgreifende Neuorganisation klinischer Prozesse. Je nach Versorgungsform – stationär, kurzstationär oder ambulant – verändern sich Abläufe teils erheblich. Aufklärung, Diagnostik, Nachsorge, Pflege, aber auch Logistik, Organisation und personelle Ressourcen verschieben sich entlang der gesamten Versorgungskette. Die Aufenthaltsdauer allein ist dabei kein verlässlicher Indikator für den tatsächlichen Ressourcenverbrauch.

Ein Beispiel aus der operativen Gynäkologie macht dies deutlich: Wird ein standardisierter Eingriff von stationär auf ambulant umgestellt, reduziert sich zwar die Bettverweildauer deutlich – viele Leistungen wie Aufklärung, Laboruntersuchungen, Bildgebung, postoperative Kontrollen und Dokumentation müssen jedoch in vor- oder nachgelagerte Phasen ausgelagert werden. Dies betrifft nicht nur medizinische, sondern auch administrative Prozesse.

Mit der aktuellen Ausweitung des Hybrid-DRG-Katalogs werden diese Herausforderungen nochmals verstärkt. Die Abbildung der notwendigen Prozessanpassungen – insbesondere bei personellen und logistischen Anforderungen – ist bislang nur unzureichend durch die Vergütungssystematik gedeckt. Fachärztliche Verbände wie der SpiFa kritisieren, dass variable Sachkosten sowie anästhesiologische Vorleistungen im aktuellen Modell nicht adäquat berücksichtigt werden.

Die Umsetzung ambulanter Eingriffe im Rahmen der Hybrid-DRG erfordert daher ein grundlegend neues Prozessverständnis. Was früher integraler Bestandteil des stationären Ablaufs war, muss heute als fragmentierter Versorgungsprozess neu gedacht, koordiniert und teilweise über mehrere Leistungserbringer hinweg organisiert werden. Aufklärungs- und Vorbereitungsleistungen, präoperative Diagnostik, der Eingriff selbst, postinterventionelle Überwachung und Nachsorge – all das erfordert ein hochpräzises Schnittstellenmanagement.

Gerade in der operativen Gynäkologie, wo Eingriffe häufig planbar, aber gleichzeitig sensibel hinsichtlich Qualität und Patientenerleben sind, wird deutlich: Ambulantisierung gelingt nur dort nachhaltig, wo klinische, administrative und logistische Prozesse systematisch aufeinander abgestimmt sind. Es reicht nicht, bestehende stationäre Abläufe zu „verkürzen“ – sie müssen transformiert und in einem interdisziplinären Gesamtkonzept neu verankert werden.

Dazu braucht es neben technischer Infrastruktur – etwa IT-gestützter Prozesssteuerung, standardisierter Patientenpfade und sektorenübergreifender Kommunikationsplattformen – vor allem eins: Prozesskompetenz auf Seiten der Fachabteilungen, der OP-Koordination, der Pflege und des medizinischen Controllings. Nur wenn alle Beteiligten die neuen Versorgungslogiken verstehen, steuern und aktiv weiterentwickeln, kann Ambulantisierung nicht nur effizient, sondern auch qualitätsgesichert und wirtschaftlich tragfähig umgesetzt werden (► Abb. 1).

Erkenntnisse aus der prozessualen Betrachtung

Analysen ausgewählter operativer Eingriffe zeigen deutlich: Mit der Reduktion stationärer Aufenthalte verschiebt sich der Aufwand nicht einfach nach „draußen“, er verteilt sich neu und

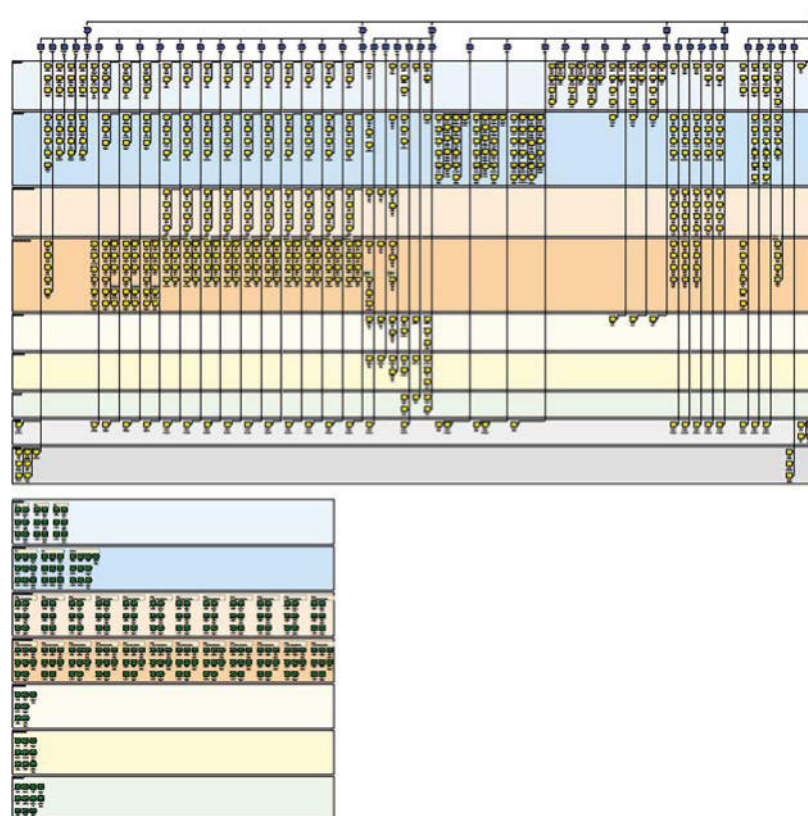


Abb. 1: Standardisierte Behandlungspfade

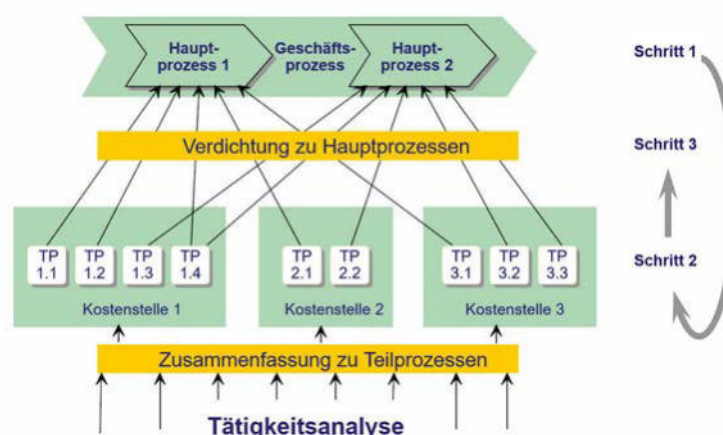


Abb. 2: Das Prinzip der Prozessorientierung

komplexer entlang der Versorgungskette. Vor- und poststationäre Leistungen gewinnen an Bedeutung, ebenso wie die Anforderungen an ambulante Nachsorge, Dokumentation und Koordination. Gleichzeitig entstehen neue logistische Herausforderungen – etwa in der Anästhesie, Hygiene, Medizintechnik oder bei der Verfügbarkeit ambulanter Behandlungskapazitäten.

Die prozessuale Perspektive ermöglicht es, einzelne Tätigkeiten differenziert nach Zeit- und Personalaufwand zu analysieren. So lässt sich etwa zeigen, dass bestimmte Leistungen in ambulanten Settings nicht kürzer, sondern oft sogar aufwändiger zu erbringen

sind, etwa weil sie mehrfach anfallen, in engerer Taktung erfolgen oder koordinativ anspruchsvoller sind. Auch Aufgaben wie die Koordination ambulanter Nachkontrollen oder die Einbindung von Bezugspersonen zur Sicherstellung der häuslichen Betreuung gewinnen an Bedeutung. Ohne diese Details bleibt jede ökonomische Bewertung unvollständig – und riskiert Fehlsteuerungen (► Abb. 2).

Gerade in der aktuellen Umstellungsphase, in der Hybrid-DRGs parallel zu bestehenden stationären und ambulanten Systemen eingeführt werden, ist die exakte Kenntnis der Prozesszeiten und -kosten essenziell. Nur auf dieser Basis ►

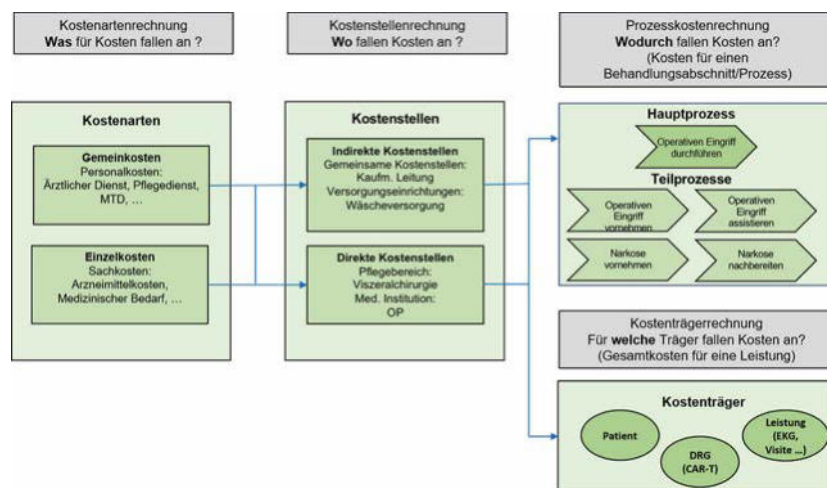


Abb. 3: Prozesskostenrechnung; Quelle: IWiG

lassen sich tragfähige Entlassungsentscheidungen treffen, eine belastbare Personal- und Ressourcenplanung aufbauen und gezielte Investitionen in ambulante Versorgungsstrukturen tätigen. Der entscheidende Vorteil prozessorientierter Modelle liegt dabei in ihrer Anwendbarkeit: Sie sind nicht retrospektiv, sondern prospektiv nutzbar – und liefern damit valide Planungsdaten für zukünftige Leistungsangebote.

Ambulantisierung braucht Planungskompetenz

Wer ambulantisieren will, muss verstehen, wie sich Versorgungsprozesse verändern und welche Ressourcen sie binden. Eine prozessorientierte Betrachtung liefert dafür die notwendige Grundlage: Sie ermöglicht nicht nur valide Kostenanalysen, sondern auch eine gezielte Vorbereitung auf neue Vergütungsmodelle wie die Hybrid-DRG. Krankenhäuser, die sich frühzeitig mit den veränderten Prozessstrukturen auseinandersetzen, sichern sich nicht nur wirtschaftliche Vorteile, sondern schaffen zugleich die Voraussetzungen dafür, auch medizinisch anspruchsvolle Leistungen ambulant anzubieten – bei gleichbleibend hoher Versorgungsqualität.

Die Prozesskostenrechnung dient hierbei nicht der Detailverliebtheit, sondern der strategischen Schärfung der Führungsperspektive: Sie beantwortet nicht nur, wo Kosten entstehen, sondern vor allem, wofür sie entstehen. Diese Differenzierung ist entscheidend, wenn Entscheidungen über Investitionen, Strukturveränderungen oder Personaleinsatz solide getroffen werden sollen. Für Controller und Entscheider in Kliniken eröffnet sich damit ein erweiterter Informationszugang, der weit über die klassische DRG-Kalkulation hinausgeht.

Ein praxistaugliches Prozessmodell fördert zudem die abteilungsübergreifende Kommunikation – in multiprofessionellen Fallbesprechungen oder bei der operativen Umsetzung von Hybrid-DRG-Fällen. Es macht deutlich, wer zu welchem Zeitpunkt welche Leistung mit welchem Aufwand und welcher Verantwortung erbringt – und welche Konsequenzen sich daraus für Qualität, Effizienz und Koordination ergeben. Damit wird die Prozesssicht zu einem zentralen Steuerungsinstrument für medizinische, organisatorische und wirtschaftliche Fragestellungen.

Für Kliniken, die den Wandel zur ambulanten Versorgung erfolgreich gestalten wollen, ist es essenziell, die Prozesse detailliert zu analysieren, um Engpässe und versteckte Kosten sichtbar zu machen. Die Nutzung der Prozesskostenrechnung bildet hierfür eine wichtige Grundlage. Ebenso wichtig ist die Schulung multiprofessioneller Teams, um die ambulante Versorgung sowie die Koordination zwischen den prä-, intra- und poststationären Phasen zu optimieren. Die fortschreitende Digitalisierung eröffnet zusätzliche Möglichkeiten, beispielsweise durch Telemonitoring oder digitale Patientenkommunikation in der Nachsorge, was die Betreuung sicherer und effizienter gestaltet. Dabei sollte die Einbindung des Controllings frühzeitig erfolgen, um eine enge Verzahnung zwischen medizinischem Management und wirtschaftlicher Steuerung sicherzustellen. Schließlich ist es entscheidend, die Schnittstellen zwischen ambulanten und stationären Bereichen sowie externen Partnern klar zu definieren und Kommunikationswege sowie Zuständigkeiten transparent zu gestalten, um eine reibungslose, sektorenübergreifende Versorgung zu gewährleisten.

Fazit

Ambulantisierung ist keine bloße Verlagerung von Leistungen, sondern eine systemische Umgestaltung der Versorgungslogik. Ihre Realisierung erfordert strategisches Denken, prozessuale Kompetenz und eine neue Art der Kalkulation. Wer versteht, wie Ressourcen entlang der Versorgungskette tatsächlich wirken, kann den Wandel sowohl qualitativ als auch wirtschaftlich gestalten. Die Prozesskostenrechnung liefert hierfür einen wertvollen Orientierungsrahmen – nicht als Selbstzweck, sondern als Werkzeug für eine planbare und zukunftsfähige Versorgung (► Abb. 3).

Krankenhäuser, die sich frühzeitig mit der Logik ambulanter Prozesse auseinandersetzen, sichern sich nicht nur wirtschaftliche Vorteile, sondern können auch komplexe Leistungen dauerhaft in hoher Qualität anbieten. Die Einführung der Hybrid-DRGs ist dabei ein erster Schritt – entscheidend wird sein, ob es gelingt, interne Abläufe so zu gestalten, dass sektorenübergreifende Versorgung nicht nur möglich, sondern auch praktikabel und effizient wird.

Die Ambulantisierung der Krankenhauslandschaft ist kein Selbstläufer. Sie lässt sich nicht allein über neue Kataloge und Pauschalen realisieren, sondern nur durch aktives Verstehen, Gestalten und Steuern von Prozessen. Wer diesen Weg methodisch geht, gewinnt nicht nur ein klareres Bild der eigenen Leistungsfähigkeit – sondern auch die Chance, diese im Sinne einer nachhaltigen Versorgung aktiv weiterzuentwickeln. ■

Literatur beim Verfasser

**Prof. Dr. rer. oec. Dipl. Soz.-Päd.
Michael Greiling**
Institut für Workflow-Management
im Gesundheitswesen (IWiG)
Professor für Workflow-Management
Europäische Fachhochschule
michael.greiling@iwig-institut.de

Maren Maria Greiling, B.Sc.
Institut für Workflow-Management
im Gesundheitswesen (IWiG)
Wissenschaftliche Mitarbeiterin
marenmaria.greiling@iwig-institut.de