

Wo Versorgung beginnt – und wo sie endet

Ambulantisierung ist politisch gewollt – doch strukturell anspruchsvoll. Wer Leistungen aus dem stationären Bereich in die Fläche verlagern will, muss Versorgungsrealität analysieren und Belastbarkeit nachweisen.

Der Beitrag zeigt, wie ambulante Daten zur Grundlage fundierter Entscheidungen werden: durch Verknüpfung von Fallzahlen, Fachärztdichte, Honorarvolumen und regionaler Versorgungslage.

Der ambulante Druck steigt

Nicht nur durch Hybrid-DRGs, sektorenübergreifende Versorgungsmodelle oder geplante Struktur-reformen. Auch die tägliche Versorgungsrealität verlangt nach klaren Antworten: Wer Leistungen ambulant planen oder verlagern will, braucht mehr als Einzelstatistiken. Gefragt sind belastbare Informationen – zur Fallentwicklung, zur ärztlichen Kapazität und zur Tragfähigkeit medizinischer Strukturen.

Daten gibt es viele. Entscheidend ist, welche Fragen sie beantworten – und welche Handlungsspielräume sie eröffnen.

Zwischen Abdeckung und Bedarf

Ambulante Fallzahlen lassen sich mittlerweile auf Landkreisebene auswerten, differenziert nach ICD-Kategorien und Patientenmerkmalen. In der Allgemeinchirurgie etwa zeigen die Fallzahlen zu infektiösen Darmerkrankungen deutliche regionale Konzentrationen (s. Abb. 1). In vielen Bereichen z.B. der Onkologie kann bereits die ICD-3-Steller-Ebene, also nicht nur Diagnosegruppen, sondern

einzelne Diagnosen detailliert analysiert werden.

Diese Abbildungen sind Momentaufnahmen – sie verdeutlichen nicht eine endgültige Versorgungslage, sondern exemplarisch, wie regionale Muster sichtbar gemacht werden können. So entstehen Ansätze zur Frage: Wo deckt sich ambulante Inanspruchnahme mit bestehenden Kapazitäten – und wo nicht?

Strukturatlas Fachärzteschaft

Die Analyse der Facharztentwicklung in Orthopädie und Chirurgie zeigt auf Bundesebene eine leichte Kapazität-zunahme von +1,1 Prozent (2023 auf 2024). Doch regional sind die Unterschiede groß: Während Hamburg, Sachsen-Anhalt und Sachsen mit mehr als 19 Fachärztinnen und -ärzten pro 100.000 Einwohner an der Spitze liegen, erreichen andere Länder wie

Ambulante Fallzahlen und Fachärzte

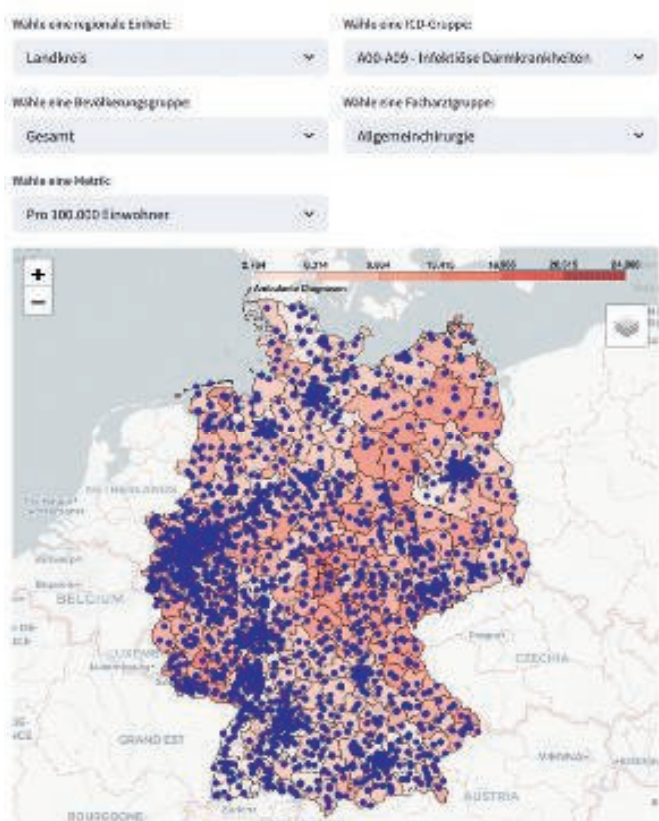


Abb. 1: Regionale Fallverteilung bei Darmerkrankungen auf Landkreisebene – exemplarisch für ambulante Differenzierungspotenziale.

Quellen: BmDac, Bundesversicherungsamt – Risikostrukturausgleich

Die neue und andere Arbeitskultur im Gesundheitswesen

Anzahl nach Bundesland – Chirurgie und Orthopädie

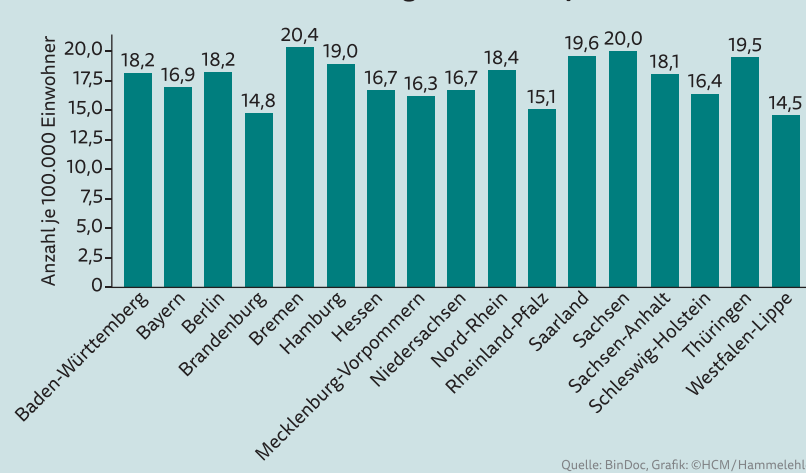


Abb. 2: Fachärztedichte nach Bundesländern – Grundlage für die Bewertung regionaler Versorgungskapazitäten.

Brandenburg oder Westfalen-Lippe kaum 15 (s. Abb. 2).

Zusätzlich zeigt sich in der Altersstruktur: Fast 70 Prozent der Fachärztinnen und -ärzte dieser Gruppen sind über 50 Jahre alt. Diese strukturelle Verschiebung begrenzt die Ausbaupotenziale – unabhängig von politischen Ambitionen.

Leistungsprofile geben Überblick

Die Facharztprofile geben Aufschluss darüber, welche Leistungen auf Facharztbene häufig erbracht werden (s. Abb. 3). Hier können nicht nur wichtige Erkenntnisse über das Leistungsspektrum der niedergelassenen Ärzteschaft gezogen werden, sondern auch das Potenzial für Ambulantisierung stationärer Leistungen abgeleitet werden.

Dabei wird auch deutlich, wie differenziert das ambulante Spektrum bereits heute ist – und wo sich Cluster mit wirtschaftlicher Tragfähigkeit bilden. Honorarberichte belegen darüber hinaus: Die Spannweite in Erlösen, Fallzahlen und Profilen ist groß. Diese Informationen können auch für die Planung unterschiedlicher Ambulantisierungsszenarien herangezogen werden und sie zeigen, dass eine wirtschaftliche Leistungserbringung in in-

tegrierten Versorgungsmodellen möglich sein sollte.

Kliniken im Vergleich

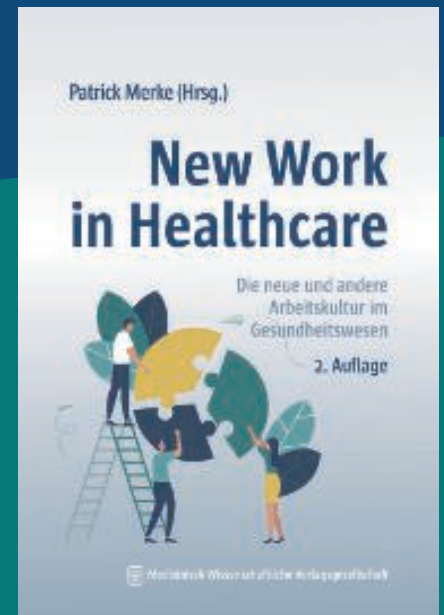
Die Auswertung der ambulanten Fälle in Kliniken zeigt eine klare Konzentration: Universitäre und große Kliniken erbringen ein Vielfaches der ambulanten Leistungen im Vergleich zum restlichen Klinikumfeld (s. Abb. 4). Aber nicht alle großen Kliniken haben ihre ambulanten Strukturen in gleichem Maße aufgebaut und etabliert.

Die hier dargestellte Momentaufnahme trifft keine Aussage über Norm oder Zielbild – sie verdeutlicht vielmehr, wie stark ambulante Leistungen an strukturelle Voraussetzungen geknüpft sind: etwa spezifische Ambulanzen, interdisziplinäre Teams oder sektorenübergreifende Prozesse.

Für kleinere Häuser ergibt sich daraus keine Blaupause, aber eine klare Planungsfrage: Welche ambulanten Leistungen passen zum Standort und welche werden an andere Leistungserbringer verlagert? Und wo entstehen Versorgungsräume durch Kooperation, Spezialisierung oder Rückzug?

Potenziale erkennen

Die kartografische Darstellung des ambulanten Versorgungsgrads er-



September 2025 · 272 Seiten · 69,95€

Die aktualisierte 2. Auflage mit neuen Beiträgen zum Thema

- Grundlagen, Prinzipien und Handlungsfelder von New Work – für Organisationen und Unternehmen des Gesundheitswesens
- Vorstellung von New Work-Pionieren und -Vorbildern aus dem Krankenhausbereich und der ambulanten Versorgung
- praxisnahe Handlungsempfehlungen von Expertinnen und Experten

Mehr erfahren



laubt eine differenzierte Einordnung der Facharztverfügbarkeit nach Region. Sie zeigt, wo aus Sicht der Kassennärztlichen Vereinigungen eine Unter- oder Überversorgung vorliegt – und wo neue ambulante Strukturen sinnvoll sein könnten.

Auf dieser Basis lässt sich erkennen, welche Regionen zusätzliche ambulante Angebote vertragen – und können dadurch auch Kliniken in deren Ambulantisierungsstrategie den Weg weisen. Kliniken, die sich in ambulant unterversorgten Regionen befinden, müssen sich strategisch anders aufstellen als Kliniken, die in unterschiedlichen Fachdisziplinen auf eine hohe ambulante Wettbewerbsintensität treffen. Die regionale Versorgungsdichte ist dabei ein zentraler Faktor – im Ambulanten-Daten-Monitor lässt sie sich für jede Facharztgruppe kleinräumig analysieren.

Von Daten zur Entscheidung

Ambulante Versorgung lässt sich nicht mit pauschalen Parametern planen. Sie entsteht dort, wo Daten miteinander ins Verhältnis gesetzt werden: Fallzahlen mit Facharzttdichte, Leistungsprofile mit Nachfrage, Wirtschaftlichkeit mit Strukturbedingungen.

Einzeldaten erzeugen Sichtachsen. Doch erst ihre Kombination schafft Entscheidungsqualität – etwa für Förderlogiken, Zielbilder oder Standortanalysen.



Ambulante Fallzahlen ausgewählter Kliniken – Konzentration auf wenige Zentren mit entsprechender Struktur.

Facharztprofil: Allgemeinchirurgie

Insult Alter Punkt Honorarbericht

Amputationen Abstrahlungsgefahren Häufigste Abrechnungspositionen

Amputationen Positionen einseitig als

Tabelle Kreisdiagramm

Ordnung	ICD-10	ICD-10	ICD-10	ICD-10	ICD-10
1	Strahlungsbeschädigung, nicht lebensgefährlich	81112	81112	81112	81112
2	Strahlungsbeschädigung, lebensgefährlich	81112	81112	81112	81112
3	Strahlungsbeschädigung, nicht lebensgefährlich	81112	81112	81112	81112
4	Strahlungsbeschädigung, lebensgefährlich	81112	81112	81112	81112
5	Strahlungsbeschädigung, nicht lebensgefährlich	81112	81112	81112	81112
6	Strahlungsbeschädigung, lebensgefährlich	81112	81112	81112	81112
7	Strahlungsbeschädigung, nicht lebensgefährlich	81112	81112	81112	81112
8	Strahlungsbeschädigung, lebensgefährlich	81112	81112	81112	81112
9	Strahlungsbeschädigung, nicht lebensgefährlich	81112	81112	81112	81112
10	Strahlungsbeschädigung, lebensgefährlich	81112	81112	81112	81112
11	Strahlungsbeschädigung, nicht lebensgefährlich	81112	81112	81112	81112
12	Strahlungsbeschädigung, lebensgefährlich	81112	81112	81112	81112
13	Strahlungsbeschädigung, nicht lebensgefährlich	81112	81112	81112	81112
14	Strahlungsbeschädigung, lebensgefährlich	81112	81112	81112	81112
15	Strahlungsbeschädigung, nicht lebensgefährlich	81112	81112	81112	81112
16	Strahlungsbeschädigung, lebensgefährlich	81112	81112	81112	81112
17	Strahlungsbeschädigung, nicht lebensgefährlich	81112	81112	81112	81112
18	Strahlungsbeschädigung, lebensgefährlich	81112	81112	81112	81112
19	Strahlungsbeschädigung, nicht lebensgefährlich	81112	81112	81112	81112
20	Strahlungsbeschädigung, lebensgefährlich	81112	81112	81112	81112
21	Strahlungsbeschädigung, nicht lebensgefährlich	81112	81112	81112	81112
22	Strahlungsbeschädigung, lebensgefährlich	81112	81112	81112	81112
23	Strahlungsbeschädigung, nicht lebensgefährlich	81112	81112	81112	81112
24	Strahlungsbeschädigung, lebensgefährlich	81112	81112	81112	81112
25	Strahlungsbeschädigung, nicht lebensgefährlich	81112	81112	81112	81112
26	Strahlungsbeschädigung, lebensgefährlich	81112	81112	81112	81112
27	Strahlungsbeschädigung, nicht lebensgefährlich	81112	81112	81112	81112

Quellen: BinDoc, Wido – GKV-Frequenzstatistik

Abb. 3: Leistungsprofil der Allgemeinchirurgie – häufigste und umsatzstärkste ambulante Prozeduren im Überblick.

Ein Werkzeug leistet genau das

Der Ambulante-Daten-Monitor verbindet diese Perspektiven in einem konsistenten System: Fallzahlen, Versorgungsgrade, Facharztprofile, Honorarberichte und Klinikleistungen. Die dargestellten Auswertungen sind keine endgültigen Befunde – sie zeigen exemplarisch, wie tief Analysen reichen können, wenn sie strukturiert aufbereitet werden.

Damit entsteht keine Momentaufnahme, sondern ein Planungsrahmen – fundiert, vergleichbar, anchlussfähig.

Ambulante Daten wegweisend

Ambulantisierung ist kein Selbstläufer. Sie braucht Klarheit über Bedarf, Ressourcen und Umsetzbarkeit. Ambulante Daten liefern dafür keine fertige Antwort – aber die richtigen Fragen.

Dort, wo Fallzahlen, Facharzttdichte, Leistungsprofile und Wirtschaftlichkeit systematisch zusammengeführt werden, entsteht ein Versorgungsbild mit Entscheidungsqualität. Es zeigt nicht nur Strukturen, sondern auch Spielräume – dort, wo Bedarf, Kapazität und Tragfähigkeit zusammenkommen.

Transparenz entsteht nicht durch Daten allein, sondern durch deren Übersetzung in Information: in Relevanz, Kontext und Vergleichbarkeit. Erst dann zeigt sich, was ambulant möglich ist – und was nötig wird.

Dr. univ./vitez. Manuel Heurich,
CEO BinDoc GmbH, Kontakt:
manuel.heurich@bindoc.de;
Platon Kreis, PR- & Marketing
Manager BinDoc GmbH, Kontakt:
platon.kreis@bindoc.de