

Hidden

Capacity Report

Hindernisse, Treiber und politische Hebel zur
Ausweitung der ambulanten Versorgung

Juni 2026

Inhalt

Vorwort	3
Zusammenfassung	4
Einleitung	6
Methoden	9
Begriffsdefinition „ambulante Operation“	11
Was versteht man unter einer ambulanten Versorgung?	12
Welche Eingriffe und Fachgebiete verlagern sich zunehmend in den ambulanten Bereich?	14
Überlegungen zu Qualität, Sicherheit und Gleichbehandlung	18
Sicherheit	18
Sicherheit über den gesamten Behandlungspfad	19
Auswahl und präoperative Beurteilung	20
Gestaltung des perioperativen Behandlungspfads	20
Entlassung	21
Erholung sowie Unterstützung zu Hause und nach der Entlassung	21
Gleichbehandlung	22
Genesung zu Hause	24
Kommunikation als Faktor gesundheitlicher Ungleichheit	25
Hindernisse bei der Ausweitung	27
Operative und strukturelle Hürden	28
Spezielle Infrastruktur und gesicherte Kapazitäten für elektive Eingriffe	28
Priorisierung im Management und Fähigkeit zur Veränderung	29
Fehlgerichtete finanzielle Anreize	30
Klinische und kulturelle Unterschiede zwischen Teams	31
Hindernisse für Patient:innen	32
Begünstigende Faktoren der ambulanten Versorgung	33
Gestaltung von Behandlungsabläufen	34
Genesung zu Hause	36
Personal	38
Technologie	40
Politische und finanzielle Hebel	41
Politische Empfehlungen	44
Schlussfolgerung	47
Literaturverzeichnis	48
Anhang	52
Fragen der Umfrage	52
Interviews	60
Advisory Board	64
Teilnehmer:innen	64
Tagesordnung für die Diskussion	65
Zusammenfassung der besprochenen Themen	67

Vorwort



David Bunting

Facharzt für Chirurgie des oberen Gastrointestinaltrakts und der Bauchwandrekonstruktion, North Devon District Hospital Vorstandsmitglied der International Association of Ambulatory Surgery, ehemaliger Präsident der British Association of Day Surgery

Gesundheitssysteme stehen weltweit vor einer gemeinsamen und zunehmend dringlichen Herausforderung: Wie lassen sich mit begrenzten Ressourcen mehr Patient:innen versorgen und dabei höchste Standards in Bezug auf Qualität, Sicherheit und Patientenzufriedenheit gewährleisten? Vor dem Hintergrund wachsender Wartelisten für elektive Eingriffe, Personalengpässen und begrenzter Krankenhauskapazitäten ist der Bedarf an innovativen und nachhaltigen Lösungen größer denn je.

Die ambulante Versorgung stellt eine der wichtigsten Chancen dar, die modernen Gesundheitssystemen zur Verfügung steht. In den letzten Jahrzehnten haben Fortschritte in den Bereichen Operationstechniken, Anästhesie, perioperative Versorgung und Genesungsprozesse das Möglichkeitsspektrum grundlegend verändert. Eingriffe, die früher längere stationäre Aufenthalte erforderten, können heute sicher und effektiv ambulant durchgeführt werden, sodass sich Patient:innen in der vertrauten Umgebung ihres eigenen Zuhauses erholen können und gleichzeitig der Bedarf an Krankenhausbetten und Ressourcen sinkt.

Doch trotz eindeutiger Belege für ihre Vorteile wird die ambulante Versorgung nach wie vor uneinheitlich

umgesetzt. Es bestehen weiterhin erhebliche Unterschiede zwischen Ländern, Gesundheitsorganisationen, Fachgebieten und einzelnen klinischen Teams. In vielen Systemen hat die ambulante Versorgung ihr volles Potenzial noch nicht ausgeschöpft, da sie durch organisatorische, finanzielle, betriebliche und kulturelle Hindernisse eingeschränkt wird, die weiterhin traditionelle Modelle der stationären Versorgung begünstigen.

Dieser Bericht leistet einen aktuellen und wichtigen Beitrag zur laufenden Debatte darüber, wie Gesundheitssysteme diese Herausforderungen bewältigen können. Auf Basis internationaler Erkenntnisse, fachlicher Einblicke, Experteninterviews und verschiedener Perspektiven analysiert er Hindernisse, Erfolgsfaktoren und politische Hebel für einen nachhaltigen Wandel.

Daraus ergibt sich ein überzeugendes Plädoyer dafür, die ambulante Versorgung nicht als marginale Dienstleistungsverbesserung, sondern als strategische Kernkomponente der ambulanten Versorgung neu zu konzipieren. Die Ergebnisse zeigen, dass leistungsstarke Systeme sich durch eine bewusste Gestaltung der Behandlungsabläufe, gesicherte Kapazitäten, abgestimmte Anreize, die Weiterentwicklung des Personals sowie einen konsequenten Fokus auf patientenzentrierte Versorgung auszeichnen. Ebenso wichtig ist, dass der Bericht daran erinnert, dass die Ausweitung wohlüberlegt vorangetrieben werden muss, wobei Sicherheit, Qualität, Gerechtigkeit und die Entscheidungsfreiheit der Patient:innen weiterhin oberste Priorität haben müssen.

Die hier vorgestellten Empfehlungen sind pragmatisch, evidenzbasiert und für Führungskräfte im Gesundheitswesen, klinisches Fachpersonal, politische Entscheidungsträger:innen und Dienstleistungsmanager:innen gleichermaßen von hoher Relevanz. Sie bieten einen klaren Fahrplan für die sichere Stärkung der ambulanten Versorgung, wobei die Realitäten der Umsetzung in komplexen Gesundheitsumgebungen berücksichtigt werden.

Da die Gesundheitssysteme weiterhin nach Wegen suchen, die Produktivität zu steigern, die Behandlungsergebnisse zu verbessern und Widerstandsfähigkeit für die Zukunft aufzubauen, verdienen die in diesem Bericht dargelegten Grundsätze sorgfältige Beachtung. Die Fakten sprechen eine klare Sprache: Wo es klinisch angemessen ist, sollte die ambulante Versorgung zunehmend zum Standard werden. Die Verwirklichung dieses Wandels erfordert Führungsstärke, Investitionen und Engagement, doch die Vorteile für Patient:innen, medizinisches Fachpersonal und Gesundheitssysteme sind beträchtlich.

Zusammenfassung

Dieser Bericht untersucht Hindernisse, fördernde Faktoren und politische Hebel bei der sicheren und groß angelegten Ambulantisierung. Er argumentiert, dass ambulante Operationen zum Standardverfahren für klinisch geeignete Eingriffe werden sollten, um die Kapazitäten für elektive Eingriffe zu erhöhen, den Druck auf die stationären Betten zu verringern, Kosten zu senken und die Patientenzufriedenheit weiter zu verbessern.

Auf Grundlage internationaler Fachliteratur, einer Umfrage unter 256 Fachkräften im Gesundheitswesen in zehn Ländern, ausführlicher Interviews sowie der Beiträge eines Advisory Boards kommt der Bericht zu dem Ergebnis, dass selbst in relativ ausgereiften Gesundheitssystemen spezielle Behandlungswege, gesicherte Kapazitäten und eine zuverlässige Unterstützung bei der Genesung zu Hause noch nicht vollständig etabliert sind.

Der Bericht kommt zu dem Ergebnis, dass die ambulanten Fallzahlen steigen, wenn Gesundheitssysteme die Versorgung gezielt auf ambulante Behandlungspfade ausrichten.

Die Hindernisse für die Ausweitung der ambulanten Versorgung

Die Erkenntnisse deuten auf eine Vielzahl von Hindernissen für die Ausweitung der ambulanten Versorgung hin. Dazu gehören der Wettbewerb mit der Notfall- und stationären Versorgung um Operationssäle, Betten, Aufwachkapazitäten und Personal, eine zu geringe Fokussierung des Managements, finanzielle Anreize, die in manchen Systemen die stationäre Versorgung begünstigen, unterschiedliche klinische Standards zwischen den Teams sowie patientenbezogene Hindernisse wie Begleiterkrankungen, begrenzte Unterstützung zu Hause, Anfahrtswegen und geringes Vertrauen in die Genesung zu Hause. Der Bericht kommt zu dem Ergebnis, dass die ambulanten Fallzahlen steigen, wenn Gesundheitssysteme die Versorgung gezielt auf ambulante Behandlungspfade ausrichten.

Merkmale leistungsstarker Gesundheitssysteme

Leistungsstarke Systeme schaffen spezielle ambulante Behandlungspfade, sichern Kapazitäten für elektive Eingriffe, stimmen Anreize aufeinander ab, standardisieren perioperative sowie Entlassungsprozesse, investieren in die Qualifikation des Personals und behandeln die ambulante Versorgung als systemweite Priorität. Der Bericht betont, dass die zunehmende Ambulantisierung auf Patientensicherheit und Chancengleichheit beruhen muss. Bei vielen Eingriffen ist die ambulante Versorgung mindestens genauso sicher wie die stationäre Versorgung, wenn sie durch eine sorgfältige Auswahl geeigneter Patient:innen, verbesserte Genesungsprotokolle, funktionale Entlassungskriterien und klare Eskalationswege nach der Entlassung unterstützt wird.



Auswirkungen auf die gesundheitliche Chancengleichheit

Gesundheitliche Ungleichheiten bestehen in der ambulanten Versorgung weiterhin und wirken sich sowohl auf den Zugang als auch auf die Ergebnisse aus. Eine Ausweitung der ambulanten Versorgung ohne Berücksichtigung von Gesundheitskompetenz, Transportmöglichkeiten, digitalem Zugang, sprachlichen Bedürfnissen und dem häuslichen Genesungsumfeld birgt die Gefahr, diese Ungleichheiten zu vergrößern. Die Kommunikation mit den Patient:innen ist im Zusammenhang mit gesundheitlichen Ungleichheiten ein wichtiger Aspekt.

Empfehlungen

Die zentrale Schlussfolgerung besteht darin, zuverlässige, geschützte und patientenzentrierte Versorgungswege zu schaffen und ambulante Operationen dort zur Standardbehandlung zu machen, wo dies klinisch angemessen ist:

- + **Ambulante Operationen sollte dort zur, Standardbehandlung werden, wo dies klinisch angemessen ist**, wobei die Patientensicherheit und die Entscheidungsfreiheit der Patient:innen gewahrt bleiben müssen.
- + **Die Kapazitäten für elektive Eingriffe sichern** indem Ressourcen für die ambulante Operationen zweckgebunden werden und, soweit möglich, spezielle Institutionen oder Behandlungspfade geschaffen werden.
- + **Verfolgen Sie eine dreistufige Ausbaustrategie:** Priorisieren Sie häufig durchgeführte Eingriffe mit geringer Komplexität, reduzieren Sie ungerechtfertigte Abweichungen bei etablierten Fällen und weiten Sie selektiv auf neue, noch wenig erprobte Eingriffe und Patientengruppen aus.
- + **Gleichberechtigung von Anfang an verankern** und dabei Aspekte wie Transportmöglichkeiten, Gesundheitskompetenz, Sprache, digitalen Zugang, Unterstützung zu Hause und die allgemeinen sozialen Umstände berücksichtigen.
- + **Zuverlässige, klar definierte Behandlungspfade** für die ambulante Versorgung mit standardisierten Protokollen für die Auswahl, die perioperative Versorgung, die Patientenentlassung und die Nachsorge aufbauen.
- + **Die Kommunikation mit den Patient:innen und die Nachsorge stärken**, damit diese die Genesung zu Hause verstehen sowie wissen, wann sie Hilfe in Anspruch nehmen müssen und wo sie Unterstützung erhalten können.

Einleitung

Weltweit haben Gesundheitssysteme Schwierigkeiten, ausreichende Kapazitäten für elektive Eingriffe bereitzustellen, um die Nachfrage zu decken, was zu langen Wartelisten und Behandlungsrückständen¹ führt. Dank der Fortschritte minimalinvasiver Techniken², standardisierten Genesungs- und Entlassungsprozessen³ sowie einer verstärkten politischen Aufmerksamkeit^{4,5} kann mittlerweile eine wachsende Bandbreite an Eingriffen als ambulante Verfahren durchgeführt werden.

Die Fähigkeit der Gesundheitssysteme, chirurgische Eingriffe aus dem stationären in den ambulanten Bereich zu verlagern, ist sehr unterschiedlich.

Die Durchführung von ambulanten Operationen bedeutet, dass Operationsteams mehr Eingriffe und eine höhere Produktivität erzielen^{4,6,7}, Kosten und Ressourcenverbrauch senken⁸ und eine bessere Patientenerfahrung bieten können⁹. Es gibt jedoch große Unterschiede in der Fähigkeit der Gesundheitssysteme, Operationen aus dem stationären in den ambulanten Bereich zu verlagern, wobei erhebliche Unterschiede zwischen den Ländern⁴, zwischen Krankenhäusern und Teams innerhalb der Länder¹⁰⁻¹² sowie zwischen Eingriffen und Fachgebieten^{2,13} festzustellen sind.

Dieser Bericht vereint verschiedene Evidenzquellen, um die Hindernisse, fördernde Faktoren und politische Hebel zu untersuchen, die mit einer sicheren Ausweitung der ambulanten Fallzahlen in den Gesundheitssystemen verbunden sind. Er stützt sich auf eine Auswertung der weltweiten Fachliteratur zu internationalen Leistungsdaten, Vergütungsmodellen, der Gestaltung von Behandlungsabläufen, Patientenergebnissen und sich abzeichnenden Best-Practice-Beispielen sowie auf Interviews mit klinischen Fachärzt:innen und einem Expertengremium aus Fachleuten, die über direkte Erfahrung in der Durchführung, dem Management und der Ausweitung von ambulanten Verfahren verfügen.



Das Expertengremium setzte sich wie folgt zusammen:



Professor Jaideep Pandit

Lehrstuhlinhaber und Professor für Anästhesiologie, Universität Oxford, Vereinigtes Königreich



Jaana Perttunen

Präsidentin, Europäischer Verband der OP-Pflegekräfte (EORNA), Finnland



Laurens Van Houte

Leiter der chirurgischen Abteilung, Medisch Spectrum Twente, Niederlande



Dr. Shaan Chhabra

Leiter für Transformation und Prozessoptimierung am Newham Hospital, Barts Health NHS Trust, Vereinigtes Königreich



Daniela Matos

Leitende Krankenschwester, Unidade Local de Saúde de Santo António, Portugal



Dr. Francesco Venneri

Leiter des Zentrums für klinisches Risikomanagement und Patientensicherheit, Region Toskana, Italien



Dr. Jaroslaw J. Fedorowski

Präsident des Polnischen Krankenhausverbands (PFSz), Polen

Es wurden Interviews geführt mit:



Professor Tim Briggs CBE

Leiter des GIRFT-Programms und Nationaldirektor für klinische Verbesserung, Erholung nach elektiven Eingriffen und UEC beim NHS England, Vereinigtes Königreich



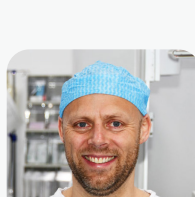
David Bunting

Facharzt für Chirurgie des oberen Gastrointestinaltrakts und der Bauchwandrekonstruktion, North Devon District Hospital Vorstandsmitglied der International Association of Ambulatory Surgery, ehemaliger Präsident der British Association of Day Surgery, Vereinigtes Königreich



Professorin Karine Nouette-Gaulain

Professorin für Anästhesiologie, Intensivmedizin und perioperative Medizin, CHU de Bordeaux, Frankreich



Dr. Bjarne Skjødt Hjaltalin

Chefarzt der Abteilung für ambulante Operationen, Amager- und Hvidovre-Krankenhaus, Dänemark



Dieser Bericht kommt zu dem Schluss, dass es erheblichen Spielraum für eine weitere Steigerung der ambulanten Fallzahlen gibt

Die Umfrage wurde konzipiert, um zu untersuchen, wo ungenutztes Potenzial für die ambulante Versorgung besteht, welche Hindernisse am häufigsten verhindern, dass geeignete Fälle ambulant durchgeführt werden, und welche praktischen Maßnahmen den Fortschritt am stärksten beschleunigen würden. Diese Ergebnisse ergänzen die veröffentlichte Literatur um Erkenntnisse aus der Praxis und helfen dabei, festzustellen, wo politische Ambitionen und operative Realität noch auseinandergehen.

Dieser Bericht kommt zu dem Schluss, dass es erheblichen Spielraum für eine weitere Steigerung der ambulanten Fallzahlen gibt, auch in Ländern mit bereits ausgereiften ambulanten Systemen. Dieser Spielraum lässt sich am besten ausschöpfen, indem die ambulanten Verfahren zur Standardversorgung für geeignete Eingriffe gemacht wird und eigenständige ambulante Behandlungswege mit gesicherten Kapazitäten und Ressourcen entwickelt werden.

Methoden

Dieser Bericht basiert auf einer Schnellauswertung der verfügbaren Literatur zu Hindernissen und fördernden Faktoren für die ambulante Versorgung. Mithilfe des KI-Tools „Undermind.ai“ wurden relevante englischsprachige Quellen aus aller Welt gesammelt, die in den letzten fünf Jahren veröffentlicht wurden.

Undermind ist ein KI-Tool, das für die Durchführung wissenschaftlicher Literaturrecherchen entwickelt wurde und die Semantic-Scholar-Datenbank mit über 200 Millionen Artikeln (die PubMed und andere Sammlungen aus den Lebenswissenschaften enthält) abfragt. Ein Gutachter bewertete die Zusammenfassungen der gesammelten Artikel, um deren Relevanz sicherzustellen. 64 Artikel wurden in die erste Auswertung einbezogen. Aus den gesammelten Artikeln wurden Themen im Zusammenhang mit Hindernissen und fördernden Faktoren für die Ambulantisierung extrahiert, und es wurden gezielte Recherchen in der grauen Literatur sowie in älterer wissenschaftlicher Literatur durchgeführt, um bei Bedarf zusätzliche Details zu liefern.

Zur Ergänzung dieser Ergebnisse wurde eine Umfrage in Auftrag gegeben, um die Perspektiven der Praxis zur Zukunft der ambulanten Versorgung zu erfassen.

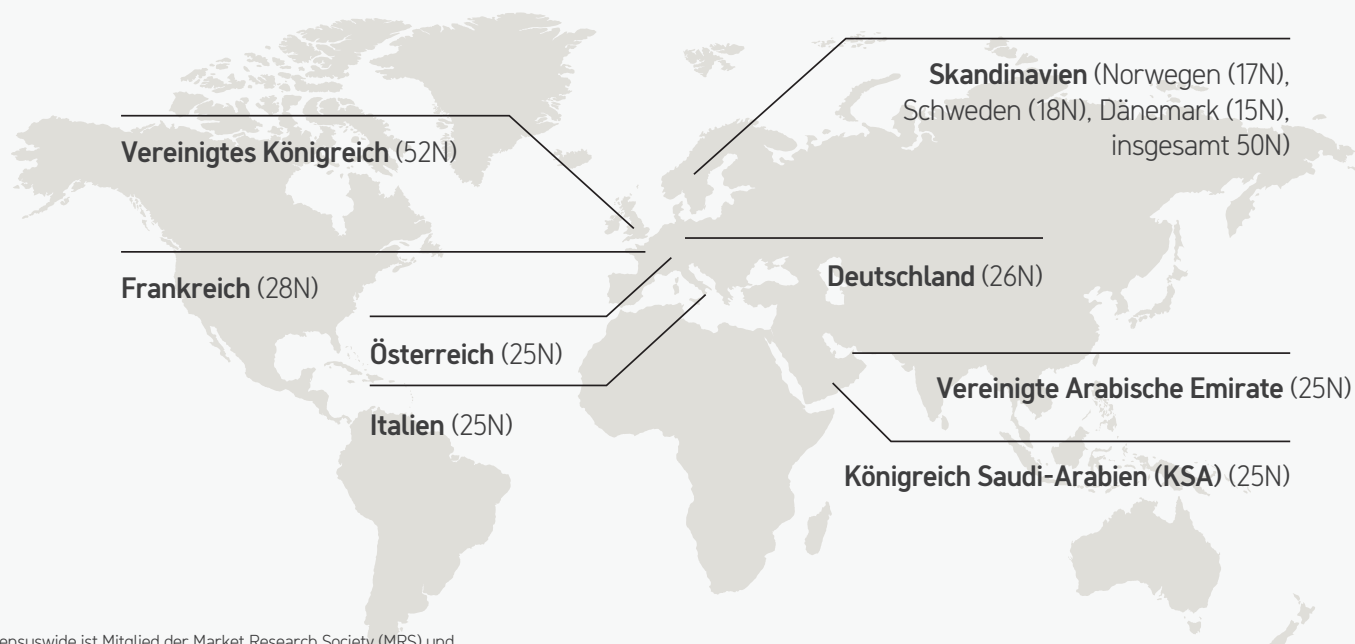
Darüber hinaus wurden vier halbstrukturierte Interviews mit Fachkräften des Gesundheitswesens geführt, die im Bereich der ambulanten Versorgung tätig sind. Alle Zitate und Quellenangaben in diesem Bericht wurden mit Zustimmung der Befragten aufgenommen.

Eine Umfrage unter

256

Fachkräften im Gesundheitswesen in 10 Ländern wurde von Censuwide zwischen dem 2. und 22. April 2026¹⁴ durchgeführt.

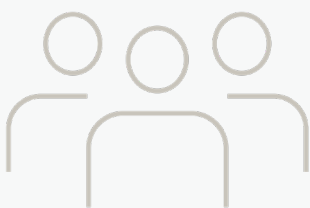
Die Untersuchung richtete sich an Chirurg:innen (63N), Anästhesist:innen (25N), OP-Pflegekräfte (60N), OP-Leitende (32N), Einkäufer:innen (35N) sowie Führungskräfte im Krankenhausmanagement (41N), die an der Verwaltung, Beschaffung oder Durchführung von ambulanten Operationen mindestens einmal pro Monat beteiligt sind.





Schließlich wurde ein Entwurf dieses Berichts einem Advisory Board aus sieben Fachkräften des Gesundheitswesens aus sechs verschiedenen Ländern vorgelegt, die im Bereich der ambulanten Versorgung tätig sind. In einer moderierten Diskussion wurden die Ergebnisse des Berichts kritisch hinterfragt und Empfehlungen für die weitere Entwicklung erarbeitet.

Im Anschluss an die Diskussion wurden weitere gezielte Literaturrecherchen zu den Themen Patientensicherheit und gesundheitliche Ungleichheiten in der ambulanten Versorgung durchgeführt. Der Bericht wurde überarbeitet und die Empfehlungen auf der Grundlage der Diskussion ausgearbeitet. Diese wurden dem Beirat zur weiteren Rückmeldung vorgelegt.



Begriffsdefinition „ambulante Operation“

Verschiedene Länder verwenden unterschiedliche Begriffe für „ambulante Operationen“, wobei sich auch die konkrete Ausgestaltung des Konzepts von Land zu Land unterscheidet. Die verwendete Terminologie spiegelt häufig wider, wie die Versorgung innerhalb eines Gesundheitssystems gesteuert und vergütet wird und welche Rolle diese in den jeweiligen Steuerungs-, Rechenschafts- und Versorgungsstrukturen einnimmt.

Während einige Länder ambulante Eingriffe als Aufenthalte von weniger als 24 Stunden definieren, verwenden andere eine strengere Definition ohne jegliche Aufenthaltsdauer, da diese in Routinedaten leichter zu erfassen ist.

Tabelle 1

Begriff	Bedeutung	Beispiel Länderspezifischer Kontext	Einschränkung
Day surgery/ day case surgery	Geplante Operation mit Entlassung am selben Kalendertag wie die Operation	England, Irland, nordische Länder ^{4,10}	
Ambulatory surgery	Operation ohne Übernachtung im Krankenhaus, oft in Verbindung mit speziellen ambulanten Einrichtungen	Nordamerika und Spanien ^{6,17,18}	Kann sich sowohl auf einen Behandlungsablauf als auch auf eine Einrichtung beziehen
Outpatient surgery	Chirurgische Eingriffe, die außerhalb eines stationären Aufenthalts durchgeführt werden	Deutschland, Schweiz, Vereinigte Staaten ^{6,17,18}	Manchmal weiter gefasst als die Entlassung am selben Tag, möglicherweise einschließlich Aufhalten von weniger als 24 oder 23 Stunden
Outpatient surgery	Ein Finanzierungsbegriff für die ambulante chirurgische Versorgung in Ungarn	Ungarn ¹⁹	

Dieser Bericht orientiert sich an der Definition der International Association for Ambulatory Surgery (IAAS), wonach es sich bei einer ambulanten Operation um einen Eingriff handelt, bei dem Patient:innen noch am selben Werktag entlassen werden; ausgenommen sind Eingriffe, die in Arztpraxen oder ambulanten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses durchgeführt werden²⁰.

Was versteht man unter einer ambulanten Versorgung?

Eine ambulante Versorgung ist ein durchgängiger Behandlungsablauf, der darauf ausgelegt ist, bei geeigneten Patient:innen und Maßnahmen geplante Operationen ohne stationären Aufenthalt über Nacht durchzuführen²⁰.

Um eine frühere Entlassung zu ermöglichen, umfasst der Ablauf folgende Schritte^{3,9,21}:

- + Patientenauswahl
- + Anästhesie- und Operationstechniken, die auf eine schnelle Genesung ausgerichtet sind
- + Standardisierte perioperative Protokolle
- + Klare Entlassungskriterien, die auf dem Genesungszustand statt auf der seit dem Eingriff verstrichenen Zeit basieren
- + Beratung und Unterstützung nach der Entlassung
- + Patientenüberwachung
- + Gegenmaßnahmen, falls die Genesung zu Hause nicht wie geplant verläuft



Was versteht man unter einer ambulanten Versorgung?



Die ambulante Versorgung ist eine eigenständige Alternative zum stationären Aufenthalt. Unsere Gespräche mit führenden Fachleuten aus dem Bereich deuten darauf hin, dass Gesundheitssysteme, die bei der Förderung der Ambulantisierung erfolgreich sind, spezifische Versorgungspfade für diese schaffen, anstatt zu versuchen, bestehende Pfade zu beschleunigen. Stattdessen gestaltet sich die Versorgung von ambulanten Patient:innen neu. In den erfolgreichsten Gesundheitssystemen ist die ambulante Operation die Standardoption für geeignete Eingriffe und Patient:innen.



David Bunting

Facharzt für Chirurgie des oberen Gastrointestinaltrakts und der Bauchwandrekonstruktion, North Devon District Hospital Vorstandsmitglied der International Association of Ambulatory Surgery, ehemaliger Präsident der British Association of Day Surgery, Vereinigtes Königreich

“ Es geht darum, Wege zu finden, ambulante Eingriffe zur Normalität zu machen. Und sobald man diesen Schritt geschafft hat und sie zur Normalität geworden sind, gibt es in der Regel genügend Dynamik, um dies aufrechtzuerhalten, da sie von Natur aus viel nachhaltiger sind als andere Arten von Operationen.“

Auf Systemebene kann ein nachhaltiges Wachstum der ambulanten Versorgung auch eine Verringerung der Bettenkapazität für elektive Eingriffe ermöglichen oder die Möglichkeit bieten, Betten für andere Bedürfnisse umzuwidmen. Dies kann die Gesamtkosten senken und knappe stationäre Kapazitäten für Patient:innen freisetzen, die von einem stationären Aufenthalt stärker profitieren würden. So schätzt beispielsweise das irische Programm für elektive Chirurgie, dass durch die Erhöhung der ambulanten Eingriffe und die Verkürzung der Verweildauer in 14 chirurgischen Fachgebieten jährlich etwa 41.500 Bettentage eingespart werden könnten²³, während umfassendere Erkenntnisse zeigen, dass spezielle ambulante Behandlungspfade die Kosten senken, die Auslastung verbessern und die Erhöhung der Kapazitäten für elektive Eingriffe zu kürzeren Wartezeiten beitragen können^{3-5,19,24}.



Daniela Matos

Leitende Krankenschwester, Unidade Local de Saúde de Santo António, Portugal¹⁵

“ In meinem Zentrum verfügen wir über 11 Operationssäle, und täglich werden etwa 200 Eingriffe durchgeführt. Im zentralen stationären OP Bereich dauert es eine Woche, um die gleiche Anzahl zu erreichen, daher ist unser Produktivitätsniveau sehr hoch. Der Wechsel zwischen den Patient:innen in jedem OP Saal beträgt dank unseres Trainings etwa acht bis neun Minuten. Wir verzeichnen hohe Zufriedenheits- und niedrige Komplikationsraten.

Welche Eingriffe und Fachgebiete verlagern sich zunehmend in den ambulanten Bereich?



Jaana Perttunen

Präsidentin, European Operating Room Nurses Association, Finnland¹⁵

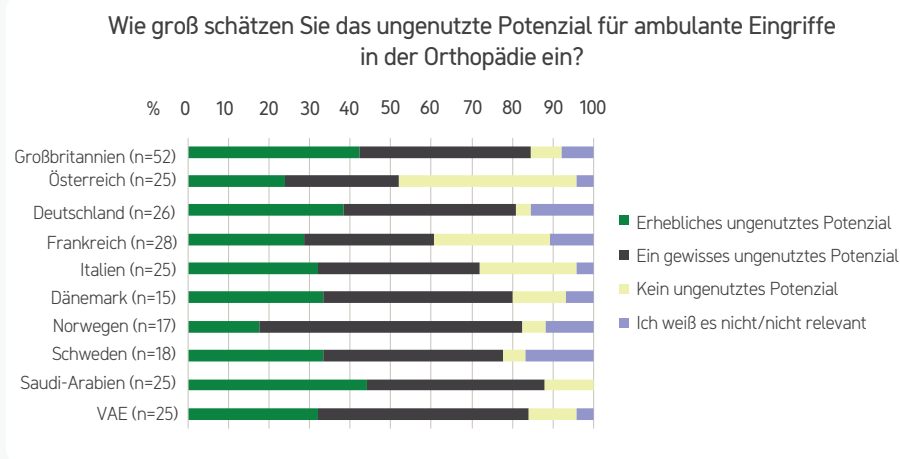
“

In Finnland steigt der Anteil der ambulanten Operationen stetig an und liegt in einigen Fachgebieten bereits bei 90 %. Wir nutzen zahlreiche mobile Apps, über die Patient:innen mit dem Krankenhaus kommunizieren können. Fast alle Patient:innen, die sich einem elektiven Eingriff unterziehen, kommen am Morgen des Operationstages ins Krankenhaus, es sei denn, sie haben einen weiten Anfahrtsweg. Nach der Operation können die Patient:innen zu einem Zeitpunkt entlassen werden, der klinisch unbedenklich und für sie geeignet ist. Wir entwickeln derzeit eine Reihe von Apps, mit denen Pflegekräfte die Patient:innen während des gesamten chirurgischen Behandlungsverlaufs unterstützen können. Die Aufklärung der Patient:innen und die pflegerischen Kompetenzen zur Unterstützung sind wirklich wichtig.“

In der Vergangenheit waren ambulante Operationen vor allem für kleinere, häufig durchgeführte Eingriffe mit geringer Komplexität geeignet^{4,12}. Allerdings erweitert sich der Anwendungsbereich aufgrund von Fortschritten bei Operationstechniken², Verfahren und der Genesung kontinuierlich von kleineren Eingriffen hin zu Operationen mit höherer Komplexität^{2,19,25-27}. Dazu gehören Robotik²⁸, Anästhesietechniken sowie Ansätze zur beschleunigten Genesung und standardisierte perioperative Protokolle^{25,29}.

Der Übergang zur ambulanten Versorgung breitet sich über alle Fachgebiete hinweg aus, allerdings weltweit mit unterschiedlicher Geschwindigkeit^{2,4}. Dieser Trend wurde durch die Umfragedaten¹⁴ bestätigt, in denen die Befragten in jedem untersuchten Fachgebiet ungenutztes Potenzial für ambulante Operationen identifizierten, was darauf hindeutet, dass für viele Gesundheitssysteme davon auszugehen ist, dass sich der Übergang noch in einem relativ frühen Stadium befindet.

Abbildung 1a



Welche Eingriffe und Fachgebiete verlagern sich zunehmend in den ambulanten Bereich?

Abbildung 1b

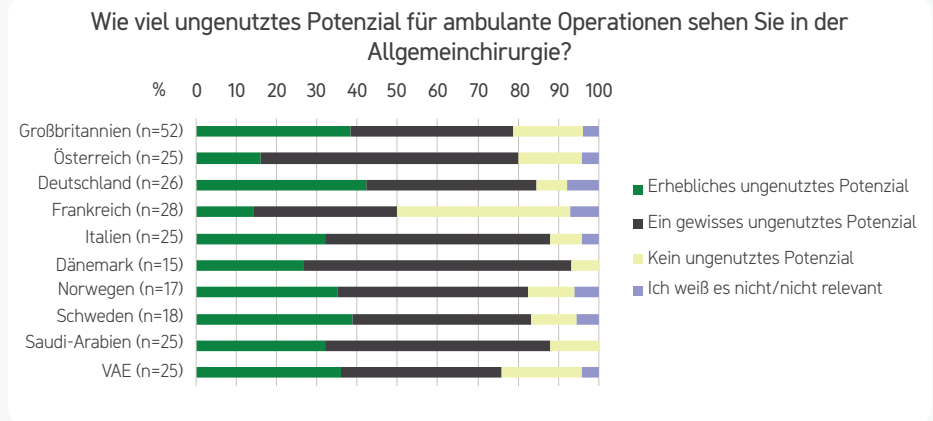
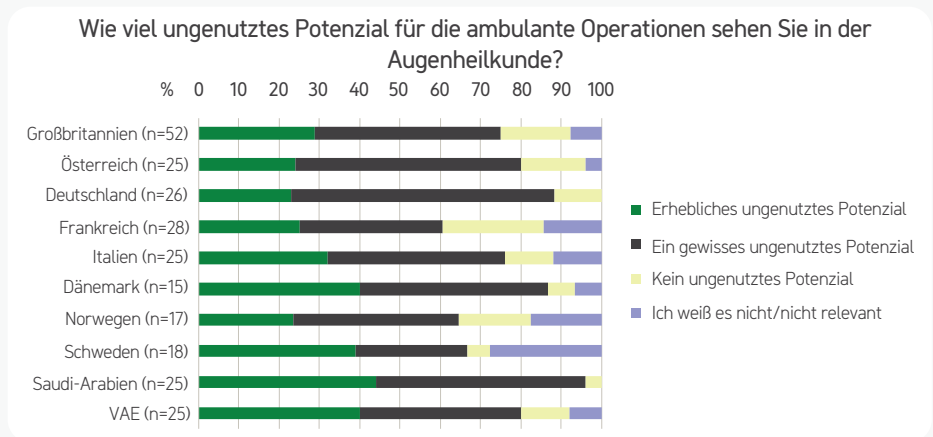


Abbildung 1c



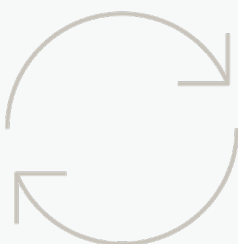
Quelle: Mölnlycke-Umfrage zur ambulanten Versorgung, Censuwide, 2.-22. April 2026.
Basis: alle Befragten (n = 256).

Die positive Stimmung variierte von Land zu Land. Die Befragten im Vereinigten Königreich und in Dänemark gehörten zu den optimistischsten hinsichtlich einer weiteren Verlagerung und zeigten besonders großes Vertrauen in die Orthopädie, die Augenheilkunde und die Allgemeinchirurgie. Auch in Deutschland wurde in der Allgemeinchirurgie ein beträchtliches Wachstumspotenzial erkannt, während die Befragten aus Saudi-Arabien (KSA) sich in Bezug auf Orthopädie und Augenheilkunde besonders positiv äußerten. Im Gegensatz dazu zeigten sich die Befragten in Frankreich und Österreich in einigen etablierten Fachgebieten vergleichsweise zurückhaltender, was darauf hindeutet, dass die Einschätzung der verbleibenden Chancen je nach Reifegrad der lokalen ambulanten Behandlungspfade und dem bestehenden Akzeptanzgrad variiert.

Hochfrequentierte Eingriffe sind nach wie vor am wichtigsten für die Steigerung ambulanter Operationen. Diese bieten Gesundheitssystemen den einfachsten Startpunkt, ambulante Behandlungspfade zu entwerfen und aufzubauen und eignen sich am besten für die ambulante Durchführung.

Mehrere gängige elektive Eingriffe können als Indikatoren für die Leistungsfähigkeit eines Gesundheitssystems bei der Einführung ambulanter Operationen angesehen werden. Dazu gehören:

- + Laparoskopische Cholezystektomie²⁴
- + Herniotomie¹²
- + Augenoperationen^{30,31}



Welche Eingriffe und Fachgebiete verlagern sich zunehmend in den ambulanten Bereich?

Technische Fortschritte verändern jedoch die Möglichkeiten ambulanter Eingriffe, wobei sich mehrere neue Anwendungsbereiche abzeichnen. In der Urologie ist beispielsweise durch den Einsatz minimalinvasiver, laserbasierter Operationstechniken eine zunehmende ambulante Durchführung von Eingriffen bei gutartiger Prostatahyperplasie möglich.

Die Totalendoprothese stellt einen weiteren geeigneten ambulanten Eingriff dar. Eine im Vereinigten Königreich durchgeführte Metaanalyse von 17 Studien zeigte, dass die Wiederaufnahmerate nach ambulant durchgeführten Totalendoprothesen bei 1,9 % lag und damit nahezu identisch mit der Rate von 2,0 % bei stationär behandelten Patient:innen war. Dies weist auf ein vergleichbares Sicherheitsprofil beider Versorgungsformen hin. Die Durchführung dieser komplexeren Eingriffe als ambulante Operationen kann zudem auf eine hohe Akzeptanz bei den Patient:innen stoßen: In einer Studie gaben 80 – 96 % an, dass sie sich erneut für eine ambulante Endoprothese entscheiden würden³³.

Diese Ergebnisse stimmen mit den Umfrageergebnissen überein, wonach die Orthopädie mit 77 % eines der höchsten wahrgenommenen, noch ungenutzten Potenziale aufweist. Dies legt nahe, dass größere Gelenkeingriffe zunehmend als ambulant durchführbar angesehen werden, vorausgesetzt, entsprechende Behandlungswege stehen zur Verfügung.

Abbildung 2

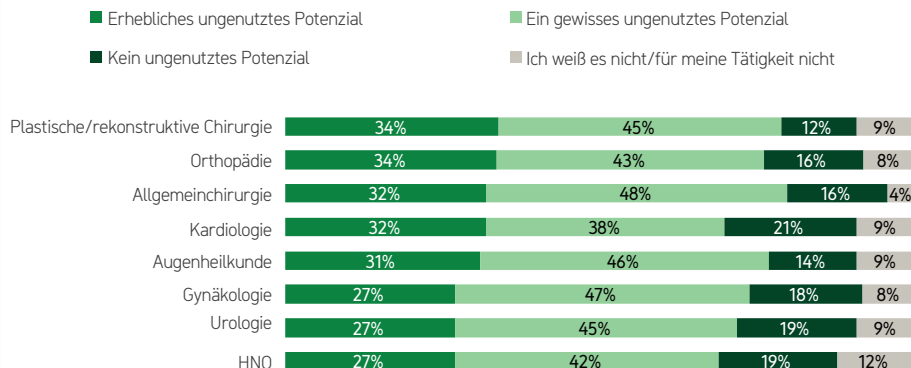
Bis zu

80%

sehen ungenutztes Potenzial in ambulanten Behandlungspfaden

Wie viel ungenutztes Potenzial für ambulante Operationen sehen Sie in den folgenden Fachgebieten?

Alle Befragten N=256



Quelle: Mölnlycke-Umfrage zur ambulanten Versorgung, Censurwide, 2.-22. April 2026.
Basis: alle Befragten. (n = 256)

Wichtig ist jedoch, dass technische Fortschritte zwar den Ausbau ambulanter Verfahren in zahlreichen Fachgebieten unterstützt haben, dieser jedoch mit einer Neugestaltung der Behandlungsabläufe einhergehen muss, damit potenziell ambulante Eingriffe routinemäßig als solche durchgeführt werden können.

Wenn weniger ausgereifte Systeme ihre ambulanten Fallzahlen steigern möchten, sollten sie eine dreiteilige Strategie verfolgen.

Erstens gilt es, häufig durchgeführte Eingriffe mit geringer Komplexität zu identifizieren und gezielt für die ambulante Durchführung zu etablieren. Zweitens sollten bestehende Unterschiede reduziert werden, sodass Eingriffe, für die bereits eine belastbare Evidenz zur sicheren ambulanten Durchführung vorliegt, einheitlich und standardmäßig ambulant erbracht werden.

Welche Eingriffe und Fachgebiete verlagern sich zunehmend in den ambulanten Bereich?



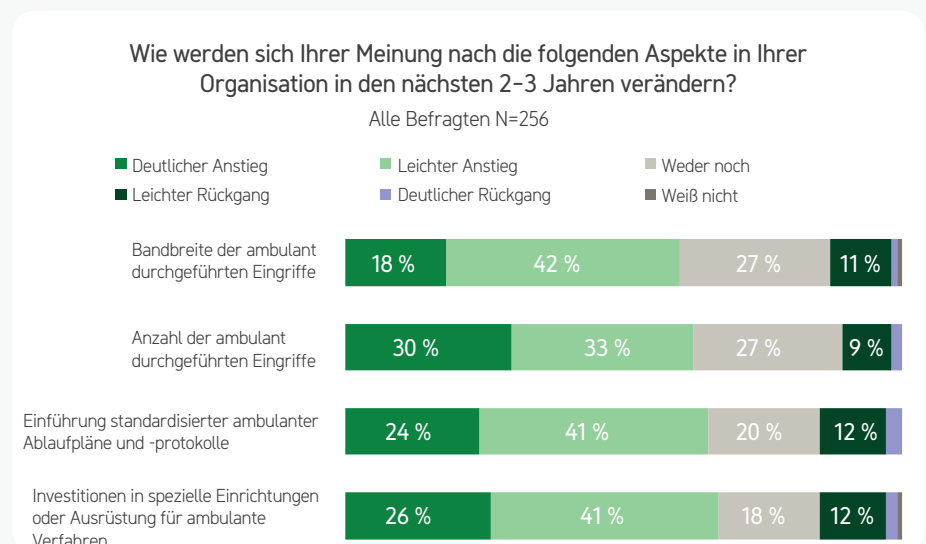
Schließlich sollten sie weitere Eingriffe und Patientengruppen identifizieren, die aufgrund technischer Fortschritte inzwischen ambulant behandelt werden können.

In der Praxis bedeutet dies²²:

- 1. Priorisierung von Eingriffen mit hohem Fallaufkommen, um standardisierte ambulante Behandlungspfade zu etablieren und kurzfristig zusätzliche Kapazitäten zu schaffen**
- 2. Neugestaltung von Behandlungsabläufen, einschließlich standardisierter Protokolle und gezielter Unterstützung bei der Implementierung, um potenziell ambulant geeignete Eingriffe systematisch in tatsächlich ambulant durchgeführte Eingriffe zu überführen**
- 3. Selektiver Aufbau von Kapazitäten für neue Verfahren, um sicherzustellen, dass diese als ambulante Operationen durchgeführt werden, sofern dies klinisch angemessen ist**

Die Möglichkeiten zur Ambulantisierung beschränken sich nicht mehr nur auf „kleine“ Eingriffe; zunehmend kommen auch komplexere Fälle und breitere Patientengruppen in Betracht. Die Umfrageteilnehmer:innen identifizierten erhebliche verbleibende Chancen in Form von teilweise oder deutlich ungenutztem Potenzial nicht nur in traditionellen Fachgebieten mit hohem Eingriffsvolumen, sondern auch in der Orthopädie (77 %, davon 34 % erheblich), der Kardiologie (70 %, davon 32 % erheblich), der Urologie (72 %, davon 27 % erheblich) sowie der plastischen und rekonstruktiven Chirurgie (79 %, davon 34 % erheblich). Dies unterstreicht die Breite der nächsten Expansionsphase der Ambulantisierung und das damit verbundene Potenzial für substanzielle Kapazitätsgewinne in Krankenhäusern.

Abbildung 3



Quelle: Mölnlycke-Umfrage zur ambulanten Versorgung, Censurwide, 2.-22. April 2026.
Basis: alle Befragten. (n = 256)

Überlegungen zu Qualität, Sicherheit und Gleichbehandlung

Sicherheit

Die Patientensicherheit sollte bei allen Bemühungen zur Steigerung ambulanter Eingriffe im Mittelpunkt stehen. Im Gegensatz zur traditionellen stationären Versorgung findet bei ambulanten Eingriffen ein größerer Teil der Genesung der Patient:innen in ihrer häuslichen Umgebung statt, außerhalb der direkten Aufsicht durch medizinisches Fachpersonal^{9,34}. Dies bedeutet, dass wichtige Überlegungen anzustellen sind, welche Eingriffe ambulant durchführbar sind und welche Patient:innen geeignet sind^{35,36}.

In der aktuellen Praxis hat sich die ambulante Versorgung durchweg als mindestens ebenso sicher erwiesen wie die stationäre^{16,32,37}. In den USA durchgeführte Benchmarking-Studien wiesen ambulante Fälle bei 13 der 14 untersuchten Eingriffen geringere Komplikationsraten und Wiederaufnahmeraten auf¹⁶. Es ist jedoch wichtig zu beachten, dass dieses hohe Sicherheitsniveau durch eine angemessene Patientenauswahl und einen robusten, zielgerichteten Behandlungsablauf erreicht wurde, der die Chancen auf einen sicheren, komplikationsfreien Eingriff sowie Genesung maximierte¹⁶.

Studien, die Ergebnisse innerhalb spezifischer Eingriffsgruppen analysieren, liefern differenzierte Erkenntnisse zur Sicherheit ambulanter Verfahren. In England zeigte sich bei ambulant durchgeführten Endoprothesen ein heterogenes Bild über verschiedene Gelenkersatzoperationen hinweg. Während das ambulante Einsetzen einer Knie-Teilprothese als sicher bewertet wurde, zeigte auch das Einsetzen einer Hüft-Totalprothese insgesamt ein gutes Sicherheitsprofil, ging jedoch mit einer ausgeprägten Lernkurve einher. Insbesondere bei den ersten sechs ambulanten Eingriffen pro Einrichtung bestand ein erhöhtes Risiko für Wiederaufnahmen. Im Gegensatz dazu war der totale Kniegelenkersatz mit einem erhöhten Risiko eines erneuten Eingriffs verbunden, insbesondere aufgrund von Manipulationen unter Narkose zur Behandlung postoperativer Gelenksteifheit.

Dies verdeutlicht die Notwendigkeit, innerhalb chirurgischer Eingriffskategorien nicht zu verallgemeinern, sondern das Patientensicherheitsprofil jedes einzelnen Eingriffs differenziert zu bewerten.



Sicherheit über den gesamten Behandlungspfad

Die Patientensicherheit muss über den gesamten Behandlungspfad hinweg berücksichtigt werden; von der Auswahl und Voruntersuchung bis zur Entlassung und Genesung zu Hause.

Tabelle 2

Phase des Behandlungspfad	Sicherheitsfördernde Maßnahmen	Mögliche Schwachstellen
Auswahl und Voruntersuchung	Beurteilung des Patientenrisikos, der Komplexität des Eingriffs, des Anästhesieplans, der Einrichtungskapazitäten und der Unterstützung zu Hause ^{35,36,38,39}	Fehlgeschlagene Entlassung am selben Tag, ungeplante Einweisungen ⁴⁰⁻⁴²
Perioperative Versorgung	ERAS (Enhanced-Recovery-After-Surgery)-Protokolle, schnell wirksame Anästhesie, opioidsparende Analgesie, effektive PONV-Prophylaxe, minimalinvasive Techniken, frühzeitige Mobilisierung ^{34,43-45}	Verzögerte Mobilisation, längere Erholungszeit, Übernachtungsaufenthalt ^{29,41,46}
Entlassung	Physiologische (nicht zeitabhängige) Entlassungskriterien: stabile Vitalparameter, Wachheit, Gehfähigkeit, kontrollierte Schmerzen und Übelkeit, akzeptable Blutungen, Schriftliche Anweisungen, Begleitung, Heimtransport, nächtliche Nachbetreuung ^{29,34,47,48}	Späte Entlassung, unsichere Entlassung, vermeidbare Wiederaufnahmen ^{40,49}
Genesung zu Hause	Klare Vorgehensweise bei Verschlechterung, proaktive Nachsorge am nächsten Tag, Fernüberwachung, Überprüfung, Symptomverfolgung ^{34,50-52}	Übersehene Verschlechterung des Zustands der Patient:innen, nicht behandelte Symptome, Medikationsfehler, dringende Inanspruchnahme von Notfallversorgung ^{40,51}
Governance	Routinemäßige Erfassung ungeplanter Aufnahmen, Krankenhauswiederaufnahmen, Komplikationen, fehlgeschlagene Entlassungen, von Patient:innen gemeldete Genesung sowie Unterschiede zwischen Behandlungseinrichtungen ^{6,7,16,53}	Vermeidbare Variationen zwischen Behandlungseinrichtungen und Versorgungskontexten, ungenutzte Verbesserungspotenziale ^{16,40}



Dr. Francesco Venneri

Leiter des Zentrums für klinisches
Risikomanagement und Patientensicherheit,
Region Toskana, Italien¹⁵

Eine Metaanalyse von Patient:innen mit obstruktiver Schlafapnoe ergab, dass ambulante Eingriffe durch aktives Screening, die Einhaltung von algorithmusbasierten, perioperativen Behandlungsstrategien und erhöhte Wachsamkeit nach dem Eingriff unterstützt werden können⁴².

“ Es könnte die Gefahr bestehen, die Komplexität der Patient:innen zu unterschätzen. So könnten die Patient:innen als für eine ambulante Behandlung geeignet angesehen werden, doch in Wirklichkeit liegen möglicherweise Risikofaktoren zugrunde, die nicht vollständig erkannt werden.”

Auswahl und präoperative Beurteilung

Die Patientensicherheit bei ambulanten Eingriffen beginnt bereits bei der Beurteilung der Eignung der Patient:innen. In vielen Gesundheitssystemen hat sich die Praxis von festen Kategorien zur Patientenauswahl wegbewegt hin zu einem Modell, bei dem die Eignung dynamisch auf der Grundlage von Begleiterkrankungen der Patient:innen, der Invasivität des Eingriffs, der Anästhesietechnik, des chirurgischen Umfelds sowie der sozialen Unterstützung und des häuslichen Umfelds bestimmt wird³⁵. Bei der Entscheidung, ob Patient:innen für einen ambulanten Eingriff geeignet sind, sollten sowohl die physiologische Fähigkeit, den Eingriff zu vertragen, als auch kontextbezogene Faktoren – wie der Zugang zu Unterstützung aus dem sozialen Umfeld, das Wohnumfeld, die Entfernung zum Krankenhaus und der Grad der Gesundheitskompetenz – bewertet werden, die die Fähigkeit beeinträchtigen könnten, einen Genesungsplan sicher zu befolgen^{36,38}.

In der Fachliteratur werden mehrere physiologische Risikofaktoren genannt, die häufig mit einem höheren Risiko für eine stationäre Aufnahme oder eine erneute Inanspruchnahme medizinischer Versorgung nach der Entlassung verbunden sind. Dazu gehören fortgeschrittenes Alter, Adipositas, Atemwegserkrankungen, Herzerkrankungen, Diabetes, obstruktive Schlafapnoe, Gebrechlichkeit und eine höhere Komorbiditätslast^{37,40–42,54}. Diese Risikofaktoren schließen Patient:innen nicht zwangsläufig von der ambulanten Operation aus^{37,55}, erfordern jedoch möglicherweise eine verstärkte Betreuung und Aufmerksamkeit.

Abgesehen von der körperlichen Eignung der Patient:innen werden in der Literatur mehrere Aspekte der sozialen Bereitschaft hervorgehoben, die darüber entscheiden, ob eine ambulante Operation geeignet ist. Dazu gehören die Nähe zu medizinischen Versorgungseinrichtungen, der Zugang zu Transportmöglichkeiten sowie die Verfügbarkeit von Unterstützung zu Hause^{29,34,35,48}. Das Programm „Getting It Right First Time“ in England empfiehlt beispielsweise, dass Patient:innen höchstens eine Autostunde von einem Krankenhaus entfernt wohnen sollten, das im Falle einer Komplikation Versorgung leisten kann; andernfalls müssen Patient:innen möglicherweise die erste Nacht in einem örtlichen Hotel verbringen, bevor sie nach Hause fahren können⁵⁵. Dies sind entscheidende Sicherheitsvorkehrungen für die Patientensicherheit und sollten ebenso berücksichtigt werden wie die körperliche Eignung der Patient:innen.

Gestaltung des perioperativen Behandlungspfads

Sobald die Patient:innen angemessen ausgewählt wurden, stellt der perioperative Behandlungspfad den nächsten wesentlichen Aspekt der Patientensicherheit dar. In der untersuchten Literatur wurden Protokolle zur „Enhanced Recovery After Surgery“ (ERAS) häufig als entscheidende sicherheitsfördernde Strategie genannt^{34,43,44}. Zu den Kernelementen von ERAS gehören die präoperative Patientenaufklärung, die Optimierung der Ernährung (einschließlich begrenzter Fastenzeit) und der Flüssigkeitszufuhr, eine „Fast-Track“-Anästhesietechnik, eine opioidsparende Analgesie, die Prophylaxe von postoperativer Übelkeit und Erbrechen (PONV), die Flüssigkeitsbilanz, sofern möglich minimalinvasive Techniken, sowie die frühzeitige Mobilisierung^{34,43,44}. Eine Studie zeigte, dass die kontinuierliche Fortbildung des Personals und Feedback die Einhaltung dieser Protokolle und damit die Patientenergebnisse verbesserten⁴⁵.

Entlassung

In der Fachliteratur werden durchweg physiologische statt zeitbasierte Entlassungsprotokolle empfohlen^{34,47}. Anstatt die Entlassung nach einer festgelegten Zeitspanne vorzunehmen, sollten Patient:innen anhand einer Checkliste beurteilt werden, die physiologische Kriterien wie stabile Vitalparameter, Wachheit und Gehfähigkeit bei kontrollierten Schmerzen und Übelkeit umfasst³⁴ und signalisiert, dass sie ihre eigene Versorgung in ihrer häuslichen Umgebung sicher fortsetzen können. Diese funktionellen Entlassungskriterien können je nach Fachgebiet variieren^{29,48} um den spezifischen Anforderungen unterschiedlicher Operationen Rechnung zu tragen.

Erholung sowie Unterstützung zu Hause und nach der Entlassung



Dr. Bjarne Skjødt Hjaltalin

Chefarzt der Abteilung für ambulante Operationen, Amager- und Hvidovre-Krankenhaus, Dänemark⁵⁶

“ Wir müssen sicherstellen, dass es für die Patient:innen nach dem Eingriff eine Art Eskalationsmöglichkeit gibt.

Wenn sie sich sicher fühlen und wissen, dass sie nach der Operation Kontakt zu einer Ansprechperson aufnehmen können ... das ist das Wichtigste, was sie sich wünschen.”

Eine US amerikanische Studie zeigte, dass viele ambulante Eingriffe, die als nicht invasiv eingestuft wurden, von der routinemäßigen Überwachung auf Operationswundinfektionen ausgeschlossen waren, obwohl diese Eingriffe dennoch mit einer erheblichen Infektionslast verbunden waren⁶¹.

Ein stärkerer Fokus auf die Genesung zu Hause ist eines der charakteristischen Merkmale der ambulanten Chirurgie^{34,35}. Dadurch rückt die aktive Beteiligung der Patient:innen an ihrer Genesung vermehrt in den Vordergrund. Gleichzeitig wird mehr Verantwortung auf die Patient:innen und ihre Angehörigen übertragen, insbesondere im Hinblick auf die Symptombehandlung, die Selbstversorgung und die Entscheidung, wann medizinische Unterstützung in Anspruch genommen wird^{9,57,58}. Viele Sicherheitsbedenken lassen sich durch eine sorgfältige Patientenauswahl vermeiden^{36,38,59}. Dennoch treten Versorgungsdefizite bei ambulanten Eingriffen häufiger nach der Entlassung auf als bei stationären Eingriffen⁴⁰. In einer US-Studie wiesen ambulante Eingriffe eine Wiederaufnahmerate von 4,8% auf, wobei fortgeschrittenes Alter, Komorbiditäten sowie bestimmte Eingriffsgruppen mit einem höheren Risiko assoziiert waren⁴⁰.

Postoperative Schmerzen und Blutungen zählen zu den häufigsten Gründen für die erneute Inanspruchnahme medizinischer Versorgung nach ambulanten Eingriffen, was die Bedeutung einer adäquaten Kontrolle dieser Symptome bereits vor der Entlassung unterstreicht. Ein weiterer wichtiger Aspekt sind Wundinfektionen, die fast immer eine Wiederaufnahme erfordern: **93 % der Fälle mit Wundinfektionen erfordern eine stationäre Behandlung**⁶⁰.

Es gibt zunehmend Evidenz für den Einsatz elektronischer Symptommeldesysteme bei Patient:innen, die sich nach einer Operation zu Hause erholen. In einer Studie zur ambulanten onkologischen Chirurgie führte die elektronische Symptommeldung mit anschließender Reaktion des Pflegepersonals zu einer Reduktion potenziell vermeidbarer Notfallbesuche. Eine weitere Studie zur virtuellen Versorgung mit automatisierter Fernüberwachung zeigte Verbesserungen sowohl bei der Erkennung von Medikationsfehlern als auch bei den Schmerzergebnissen.

Gleichbehandlung



Dr. Shaan Chhabra

Leiter für Transformation und
Prozessoptimierung am Newham Hospital,
Barts Health NHS Trust, Vereinigtes
Königreich¹⁵

“ Bei der Gleichbehandlung geht es nicht nur um Zugang, sondern auch um Ausgrenzung. Patient:innen können aus vielen Gründen und unter verschiedenen Umständen ausgegrenzt werden. Manche finden sich im Gesundheitssystem nicht zurecht, haben Sprachbarrieren oder keine Transportmöglichkeiten. Manchmal sind Menschen nicht in der Lage, die Genesung zu Hause zu bewältigen und das müssen wir anerkennen.”

Gesundheitliche Ungleichheiten sind in allen Bereichen des Gesundheitswesens weit verbreitet und das gilt auch für die ambulante Versorgung. Sie treten insbesondere bei der Entlassung nach einer Operation zutage, wobei eine geringere Gesundheitskompetenz, fehlender Zugang zu Transportmöglichkeiten und eine mindere Wohnsituation potenzielle Hindernisse darstellen⁹.



In der Literatur wurden mehrere Bereiche identifiziert, in denen sich gesundheitliche Ungleichheiten auswirken:

Tabelle 3

Das Problem der Ungleichheit	Wissenschaftliche Evidenz	Analyse der Auswirkungen
Geografische Benachteiligung	Neue ambulante OP-Zentren in den USA entstehen überwiegend in wohlhabenderen und besser versorgten Regionen ¹⁸ .	Ohne gezielte Steuerung wird Kapazität eher dort ausgebaut, wo die Wirtschaftlichkeit hoch ist, jedoch nicht dort, wo der Bedarf am größten ist.
Ethnie und Herkunft	Der Anstieg ambulanter Hüftoperationen nach der Streichung aus der stationären Medicare-Liste entfiel überwiegend auf hellhäutige Patientengruppen ⁶² .	Die Ausweitung ambulanter Eingriffe kann bestehende Ungleichheiten verstärken, wenn Zugangsbarrieren nicht aktiv adressiert werden.
Einkommensunterschiede	Regionen mit geringerem Einkommen verzeichneten in einer US-Studie nach der Pandemie einen schwächeren Anstieg ambulanter Behandlungen ⁶³ .	Finanzielle Anreize und Versorgungsstrukturen beeinflussen maßgeblich den Zugang zu ambulanten Leistungen.
Versicherungsstatus und Versorgungssystem	Gesetzlich versicherte Patient:innen in Spanien erhielten deutlich seltener ambulante Hernienoperationen als privat Versicherte oder Selbstzahlende ⁷² .	Finanzielle Anreize und Versorgungsstrukturen beeinflussen maßgeblich den Zugang zu ambulanten Leistungen.
Familiäre und häusliche Unterstützung	Fehlende Unterstützung im häuslichen Umfeld erschwert die Genesung nach ambulanten Eingriffen ⁹ .	Soziale Faktoren sind entscheidend: Medizinische Eignung allein reicht nicht aus ohne stabile Rahmenbedingungen zu Hause.
Digitaler Zugang	Die Nutzung digitaler Lösungen ist sozial ungleich verteilt und kann bestehende Unterschiede verstärken ⁶⁴ .	Analoge Versorgungsangebote müssen parallel bestehen bleiben, um gleichberechtigten Zugang sicherzustellen.

Genesung zu Hause



Dr. Francesco Veneri

Leiter des Zentrums für klinisches Risikomanagement und Patientensicherheit, Region Toskana, Italien¹⁵

“ Wer kümmert sich nach der Entlassung um die Patient:innen, insbesondere jene, die keine Familie haben, in Pflegeheimen oder in sozialen Einrichtungen leben? All dies sind Aspekte, die wir berücksichtigen müssen, da das Umfeld, in das die Patient:innen nach der Operation zurückkehren, die Behandlungsergebnisse stark beeinflussen kann.”

Ungleichheiten im Gesundheitswesen beeinflussen sowohl den Zugang zur Versorgung als auch die postoperativen Ergebnisse. Besonders die Genesung im häuslichen Umfeld stellt einen zentralen Faktor von Ungleichheiten in der ambulanten Versorgung dar.

Da durch ambulante Eingriffe ein erheblicher Teil der postoperativen Versorgung in die eigenen vier Wände der Patient:innen verlagert wird^{9,57}, müssen diese die Aufgaben wie die Symptomüberwachung, die Bewältigung von Schmerzen und Mobilität sowie die Entscheidung, wann der richtige Zeitpunkt ist, Hilfe in Anspruch zu nehmen, selbst übernehmen. Patient:innen ohne starkes Unterstützungsnetzwerk – eine Herausforderung, die sich quer durch verschiedene Bevölkerungsgruppen zieht – haben die größten Schwierigkeiten, diesen Anforderungen gerecht zu werden⁹. Die Wahrnehmung der ambulanten Versorgung sowie die ärztliche Kommunikation könnten bestehende Ungleichheiten zusätzlich verstärken: Viele Patient:innen erwarten einen unkomplizierten Genesungsverlauf, erleben den postoperativen Verlauf jedoch häufig als schmerzhafter und belastender als angenommen.

Eine orthopädische Interviewstudie beschrieb eine Reihe negativer Emotionen, die Patient:innen nach der Operation empfinden können. Diese berichteten, sich einsam zu fühlen, unsicher zu sein, ob ihre Genesung planmäßig verlaufe und bei der Körperpflege sowie anderen alltäglichen Aktivitäten auf Angehörige angewiesen zu sein⁵⁸. Viele Patient:innen wünschen sich zusätzliche Beruhigung durch das Pflegepersonal, zögern jedoch, die Klinik zu kontaktieren – aus Sorge, zur Last zu fallen. Routinemäßige telefonische Nachsorge kann hier gezielt unterstützen, indem sie eine niedrigschwellige Möglichkeit schafft, Fragen zu klären, die insbesondere schutzbedürftige Patient:innen andernfalls möglicherweise nicht äußern würden⁶⁶.

In diesem Zusammenhang sind Patient:innen, die allein leben und keine verlässliche familiäre Unterstützung haben, am stärksten gefährdet, postoperative Schwierigkeiten zu haben^{9,57}.





Kommunikation als Faktor gesundheitlicher Ungleichheit



Dr. Francesco Veneri

Leiter des Zentrums für klinisches Risikomanagement und Patientensicherheit, Region Toskana, Italien¹⁵

“ Es gibt sprachliche Barrieren, nicht nur Fremdsprachen, sondern auch Dialekte und Unterschiede im Bildungsniveau. Patient:innen verstehen möglicherweise die von uns verwendete Fachsprache nicht vollständig, was beeinträchtigen kann, Anweisungen zu befolgen oder sich aktiv an seiner Versorgung zu beteiligen. Es ist daher unerlässlich, Informationen auf einfache Weise und ohne zu viele Fachbegriffe zu vermitteln.”

Die Fähigkeit, Kommunikation im Gesundheitswesen zu verstehen und zu verarbeiten, ist auch im Kontext der ambulanten Versorgung ein wichtiger Faktor für gesundheitliche Ungleichheit. Häufig ist die Kommunikation zeitlich stark verkürzt und findet unter hohem Zeitdruck statt – sowohl vor als auch nach dem Eingriff. Dabei sind Patient:innen oft in Eile, verunsichert oder durch Sedierung eingeschränkt, was die Aufnahme wichtiger Informationen zusätzlich erschwert.

In der englischsprachigen Literatur werden eingeschränkte Englischkenntnisse häufig mit schlechteren Versorgungsergebnissen in Verbindung gebracht, insbesondere im Zusammenhang mit Versorgungsprozessen wie^{67,69} dem Verständnis von Einwilligungserklärungen und Entlassungsanweisungen⁶⁸. Dies kann konkrete Folgen haben: Patient:innen mit eingeschränkten Englischkenntnissen erfahren eine schlechtere Schmerzkontrolle, wenn bei der Entlassung kein Dolmetscher anwesend ist⁶⁸.

Bei mangelnder Kommunikation können Patient:innen bei der Entlassung zwar klinisch stabil erscheinen, haben jedoch ein geringeres Verständnis dafür, wie sie sich zu Hause bestmöglich erholen können⁶⁹.

Gesundheitskompetenz ist ein weiterer Bereich, in dem sich Ungleichheiten zeigen können. Eine ausgeprägte Gesundheitskompetenz ist ein wichtiger Prädiktor für die Qualität der Genesung bei ambulanten Operationen⁷⁰, doch chirurgische Interventionen zur Förderung der Gesundheitskompetenz sind selten, heterogen und in der Literatur nur unzureichend erfasst⁷¹, was auf eine Diskrepanz zwischen den Bedürfnissen der Patient:innen und der bestehenden Praxis hindeutet.

Pflegekräfte spielen eine entscheidende Rolle bei der Kommunikation mit Patient:innen im operativen und postoperativen Umfeld; durch ihren direkten Kontakt zu den Patient:innen sind sie eine wichtige Quelle der Unterstützung und Beratung.



Daniela Matos

Leitende Krankenschwester, Unidade Local de Saúde de Santo António, Portugal¹⁵

“ In Portugal hat die ambulante Versorgung seit ihrer Einführung im Jahr 2008 [erheblich zugenommen]. Wir führen eine sehr gründliche Vorabbeurteilung durch, die entweder telefonisch oder zunehmend digital erfolgt. Der Austausch mit den Patient:innen findet an jeder Schnittstelle statt, an der sie entweder Informationen geben oder erhalten.

Nach der Vorabuntersuchung entscheiden Chirurg:innen gemeinsam mit den Patient:innen, ob eine Operation in Frage kommt. Anschließend erfolgen Gespräche mit Anästhesist:innen sowie Pflegefachpersonen, bevor der Operationstermin festgelegt wird. Wenn Patient:innen die Sprechstunde verlassen, haben sie in der Regel bereits einen Operationstermin. Danach werden sie zu weiteren Online-Beratungsgesprächen mit dem Pflegeteam eingeladen, um vorab zu prüfen, ob alle Voraussetzungen erfüllt sind.

Beim Eintreffen im ambulanten Operationszentrum begeben sich die Patient:innen direkt zu ihrem Bett oder Stuhl. Es wird sichergestellt, dass alle Kriterien strikt eingehalten werden – einschließlich standardisierter Fragen zur Gesundheitskompetenz sowie zur Verfügbarkeit einer verantwortlichen Begleitperson. Eine Telefonnummer und eine App stehen jederzeit zur Verfügung, damit Patient:innen während des gesamten Prozesses Kontakt aufnehmen und aktiv eingebunden bleiben können.”

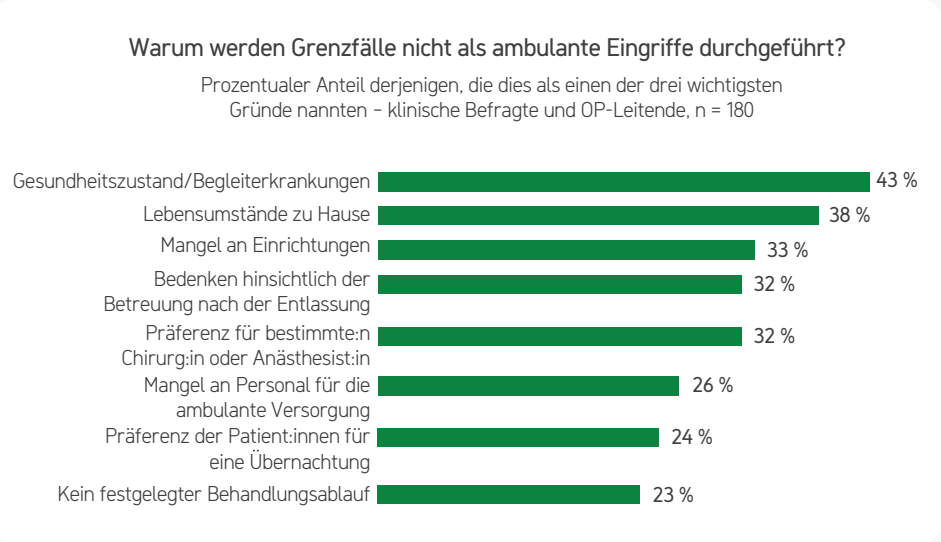


Hindernisse bei der Ausweitung

Die Hindernisse für Länder, die die ambulante Versorgung als Standard einführen wollen, sind multifaktoriell und können je nach Land, Fachgebiet und Behandlungspfad variieren.

Die Umfrageergebnisse bestätigen dies deutlich: Die Befragten nannten eine Kombination aus klinischen, organisatorischen, personellen und patientenbezogenen Gründen, warum grundsätzlich geeignete oder grenzwertige Fälle nicht ambulant behandelt werden. Kein einzelner Faktor sticht dabei hervor, was darauf hindeutet, dass die Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung ganzheitliche, systemweite Lösungen erfordert – und nicht isolierte Einzelmaßnahmen¹⁴.

Abbildung 4



Quelle: Mölnlycke-Umfrage zur ambulanten Versorgung, Censuswide, 2.–22. April 2026.
 Basis: Befragte aus dem klinischen Bereich und OP-Leitende, n = 180

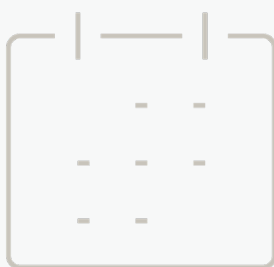




Operative und strukturelle Hürden

Spezielle Infrastruktur und gesicherte Kapazitäten für elektive Eingriffe

Die im Rahmen der Interviews gewonnenen Erkenntnisse zeigen durchgehend einen Zielkonflikt zwischen elektiven und ambulanten Eingriffen und der Notfallversorgung, insbesondere im Wettbewerb um OP-Zeit, Betten, Aufwachkapazitäten und personelle Ressourcen. In der Umfrage gaben 28 % der Befragten an, dass Eingriffe, die grundsätzlich sicher ambulant durchgeführt werden könnten, stattdessen häufig oder sogar immer stationär erfolgen. Dies stellt eine wesentliche Hürde dar, vor allem in Bereichen mit hoher OP-Auslastung. Werden ambulante Eingriffe über dieselbe Infrastruktur, denselben Personalpool und dieselben Eskalationspfade abgewickelt wie stationäre und notfallmäßige Behandlungen, besteht ein hohes Risiko, dass sie verdrängt, kurzfristig abgesagt oder in stationäre Aufenthalte überführt werden. Dies beeinträchtigt die Verlässlichkeit der Versorgungspfade und schwächt das Vertrauen der Ärzt:innen in die ambulante Versorgung.



Leistungsstarke Systeme sichern daher die Kapazitäten für ambulante Eingriffe nach Möglichkeit durch spezielle ambulante Zentren oder durch eine „virtuelle Trennung“, wie z. B. abgegrenzte Operationslisten, eigene Kapazitäten für die Aufwachphase und Entlassung sowie klare Eskalationswege, wenn eine vollständige Trennung nicht möglich ist. Dies spiegelt sich in der Umfrage wider, in der 33 % der Befragten angaben, dass grenzwertige Fälle nicht als ambulante Eingriffe durchgeführt werden, da es an geeigneten ambulanten Einrichtungen oder an freien Terminen mangelt. In den nordischen Ländern lag dieser Anteil sogar noch höher (42 %), was darauf hindeutet, dass selbst relativ ausgereifte Systeme mit praktischen Kapazitätsengpässen konfrontiert sein können¹⁴.

Im Vereinigten Königreich war die Schaffung von möglichst vielen speziellen Zentren für elektive Eingriffe mit hohem Volumen und geringer Komplexität sowie die Trennung von „heißen“ und „kalten“ Operationsbereichen⁷² entscheidend dafür, dass dort weltweit mit die höchsten ambulanten Fallzahlen erreicht wurden. Auch die USA⁷³ und Kanada⁷⁴ verfügen über spezielle „ambulatorische Operationszentren“, die einen exklusiven Raum für ambulante Eingriffe bieten. Befragte aus dem Vereinigten Königreich nannten zudem besonders häufig Bedenken hinsichtlich der Betreuung nach der Entlassung als Grund dafür, dass Fälle nicht ambulant behandelt werden (49 % gegenüber 32 % insgesamt), was darauf hindeutet, dass die Infrastruktur allein nicht ausreicht, wenn keine ebenso robusten Genesungspfade außerhalb des Krankenhauses vorhanden sind.



Diese Untersuchung zeigt, dass Leistungsmix, Eingriffsvolumen und Infrastruktur gleichermaßen zu Unterschieden bei den ambulanten Operationsraten beitragen. Dies deutet darauf hin, dass die Organisation von Krankenhäusern einen entscheidenden Einfluss auf die ambulanten Operationsraten hat¹¹.

Priorisierung im Management und Fähigkeit zur Veränderung

Ein zentrales Hindernis für die Ausweitung ambulanter Fallzahlen, das in den Interviews immer wieder genannt wurde, ist eine fehlende organisatorische Ausrichtung sowie das Fehlen standardisierter Prozesse für die Durchführung ambulanter Operationen.

Die Interviews zeigen, dass Institutionen, die die ambulante Versorgung systematisch ausbauen, diesem Bereich eine klare Priorität im Management einräumen. Dies geht in der Regel mit eindeutig definierten Verantwortlichkeiten, klaren Umsetzungszielen und einer engen Abstimmung zwischen Terminplanung, Voruntersuchung, OP-Management, stationären Bereichen und Aufwachräumen, Entlassungsprozessen sowie Beschaffung und Datenmanagement einher.

Unserem Advisory Board wurde berichtet, dass erfolgreiche Programme diesem Problem durch den Aufbau gemeinsamer klinisch-operativer Steuerungsstrukturen begegnen. Diese verfügen über klar definierte Entscheidungsbefugnisse und Verantwortlichkeiten sowie eine ausgeprägte Kompetenz im Projekt- und Veränderungsmanagement. Ergänzt wird dies durch regelmäßige Messungen, Feedbackschleifen und eine kontinuierliche Problemlösung sowohl auf Ebene der OP-Planung als auch entlang des gesamten Behandlungspfades. Die Umfrage zeigt zugleich, dass die operative Umsetzung häufig uneinheitlich bleibt. Die Befragten verweisen dabei immer wieder auf vermeidbare Prozessbarrieren, darunter individuelle Präferenzen des klinischen Personals, eingeschränkter Zugang zu OP-Kapazitäten und Unsicherheiten im Umgang mit Eskalationswegen. Diese Faktoren treten zusätzlich zu bestehenden Infrastrukturlücken auf¹⁴.

Deutschland hat sich die ambulante Versorgung im europäischen Vergleich lange nur zögerlich zu eigen gemacht, auch wenn die Fallzahlen zuletzt infolge aktueller Reformen gestiegen sind. Im Vergleich zu ähnlich leistungsfähigen Gesundheitssystemen bleibt das Niveau weiterhin niedriger. In der Fachliteratur wird dies häufig auf frühere finanzielle Anreize zurückgeführt, die stationäre Behandlungen begünstigt haben.

Eine Evidenzübersicht auf Basis gemischter Methoden zeigt jedoch, dass selbst zwischen Krankenhäusern mit identischen finanziellen Rahmenbedingungen erhebliche Unterschiede in der Durchführung ambulanter Operationen bestehen.

Eine besondere Herausforderung entsteht, wenn ambulante und stationäre Eingriffe innerhalb derselben Infrastruktur organisiert werden. Wenn beide Versorgungsformen um dasselbe Personal, die gleichen Räumlichkeiten und Ressourcen konkurrieren, fällt es Krankenhäusern schwer, ambulante Verfahren als Standardoption zu etablieren.

Mehrere leistungsstarke Gesundheitssysteme, darunter die USA, begegnen diesem Problem durch spezialisierte Zentren für ambulante Versorgung, in denen ausschließlich ambulante Eingriffe durchgeführt werden.

Grundsätzlich gilt: Solange Operationsabläufe, Patientenprozesse, Logistik und Arbeitskultur primär auf stationäre Versorgung ausgerichtet sind, bleibt eine signifikante ambulante Verlagerung unwahrscheinlich.

Fehlgerichtete finanzielle Anreize

Falsch ausgerichtete finanzielle Anreize können, ein schwer zu überwindendes Hindernis für steigende ambulante Fallzahlen darstellen⁴.

Ein Vergleich der ambulanten Fallzahlen in 13 OECD-Ländern ergab, dass alle drei Länder, die zum Zeitpunkt der Untersuchung schlecht abschnitten (Österreich, Deutschland, Schweiz), über falsch ausgerichtete finanzielle Anreize verfügten⁴. In Österreich unterschieden sich sowohl die Vergütungssysteme als auch die Kostenträger für ambulante und stationäre Operationen, was die Verlagerung von Leistungen in den ambulanten Bereich erheblich erschwerte.

In Deutschland führte die tief verwurzelte institutionelle Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung dazu, dass Krankenhäuser für ambulante Operationen Vergütungssätze erhielten, die ursprünglich für niedergelassene Praxen konzipiert waren und ihre höheren Fixkosten nicht abdeckten. In der Schweiz wiederum konnte die Durchführung ambulanter Eingriffe im Rahmen der DRG-basierten Vergütung zu geringeren Erlösen für Krankenhäuser führen, anstatt Kosten einzusparen, und setzte damit negative finanzielle Anreize.

Selbst in Ländern, in denen die finanziellen Anreize aufeinander abgestimmt sind, kann das Fehlen zweckgebundener Mittel und Kapazitäten für ambulante Eingriffe dazu führen, dass Ressourcen in stationäre Chirurgie als etablierteres Versorgungsmodell fließen¹¹.

Neben organisatorischen Strukturen und der vorhandenen Infrastruktur können fehlgeleitete finanzielle Anreize ein wesentliches strukturelles Hindernis für die Verlagerung von Leistungen in den ambulanten Bereich darstellen, da sie paradoxerweise weniger effiziente Versorgungsformen begünstigen⁴.



Klinische und kulturelle Unterschiede zwischen Teams



Professor Jaideep Pandit

Lehrstuhlinhaber und Professor für
Anästhesiologie, Universität Oxford,
Vereinigtes Königreich¹⁵

“ Die chirurgische Ausbildung an sich kann ein Hindernis darstellen. Chirurg:innen wird oft beigebracht, bestimmte Operationen als stationäre Eingriffe zu betrachten – aus guten und weniger guten Gründen. Sie zögern möglicherweise, vom stationären Bereich zur ambulanten Versorgung zu wechseln – nennen Sie es psychologische Barriere, Gewohnheit, Trägheit oder eine schlechte Erfahrung.”

Mehrere Studien zeigen, dass lokale Unterschiede in der klinischen Praxis innerhalb eines Gesundheitssystems eine zentrale Herausforderung darstellen können. So variierten in Irland im Jahr 2019 die ambulanten Fallzahlen für laparoskopische Cholezystektomien je nach Krankenhaus zwischen 0 % und über 90 %, wobei ein wesentlicher Teil dieser Unterschiede auf Variationen zwischen chirurgischen Teams zurückzuführen ist. Ähnliche Muster zeigen sich auch in den USA: Selbst nach Berücksichtigung patientenbezogener Faktoren bestehen weiterhin erhebliche Unterschiede zwischen Einrichtungen, insbesondere bei Brust-, endokrinen und Hernienoperationen.

Zudem ergab unsere Umfrage zwar, dass 44 % die ambulante Versorgung als „lohnenden, qualitativ hochwertigen“ Arbeitsbereich betrachten, doch sehen 31% diese nach wie vor als „minderwertiger“ an als die stationäre Arbeit¹⁴.

Insgesamt kommt dieser Bericht zu dem Schluss, dass ein erheblicher Spannungszustand zwischen einer von oben verordneten Politik und einer von Fachärzt:innen von unten getragenen Kultur besteht, der gelöst werden muss, um die Vorteile ambulanter Eingriffe optimal nutzen zu können. Parallel zu den politischen Bemühungen zur Ausweitung ambulanter Eingriffe müssen gemeinsame klinische Standards entwickelt werden. Es ist zudem wichtig, Beispiele für klinische Best-Practice-Verfahren zu identifizieren und zu skalieren, da frühe Innovationen häufig von einzelnen klinischen Personen und Operationsteams vorangetrieben werden.

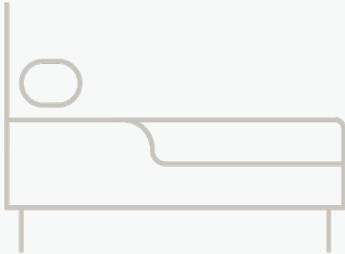


Professor Tim Briggs CBE

Leiter des GIRFT-Programms und
Nationaldirektor für klinische Verbesserung,
Erholung nach elektiven Eingriffen und UEC
beim NHS England, Vereinigtes Königreich⁷⁵

“ Wenn wir dieses Problem nachhaltig lösen wollen, muss der Wandel klinisch von anerkannten Fachärzt:innen geführt werden, die über die erforderlichen Daten verfügen, um Veränderungen anzustoßen. Die operative Umsetzung folgt anschließend als zweiter Schritt – nicht umgekehrt.”

Hindernisse für Patient:innen



Zwar ist die Akzeptanz der ambulanten Versorgung in vielen Ländern hoch, da Patient:innen die Genesung zu Hause häufig einem stationären Aufenthalt vorziehen, dennoch bleibt es entscheidend, die Patientenerfahrung konsequent in den Fokus zu stellen. Dies gilt insbesondere, da sich die Genesung zunehmend vom Krankenhaus in das häusliche Umfeld verlagert. Auch vergleichsweise kleine Eingriffe können mit Schmerzen, Übelkeit und Erschöpfung einhergehen. Daher benötigen Gesundheitssysteme verlässliche Strukturen, um Erwartungen realistisch zu steuern, standardisierte Prozesse für eine beschleunigte Genesung umzusetzen und eine angemessene Nachsorge im häuslichen Umfeld sicherzustellen. Mit der zunehmenden Ambulantisierung wird es daher umso wichtiger, die Patientenerfahrung kontinuierlich als zentrale Priorität zu behandeln.

Dies war eine der deutlichsten Botschaften der Umfrage. Die körperliche Verfassung der Patient:innen, Begleiterkrankungen oder die Komplexität des Eingriffs sind die am häufigsten genannten Gründe, warum Eingriffe nicht ambulant durchgeführt werden (43 %). Es folgen Faktoren im häuslichen Umfeld, etwa Alleinleben, lange Anfahrtswege oder fehlende Unterstützung durch Angehörige oder Pflegepersonen (38 %). Auch Bedenken hinsichtlich der Nachsorge oder des Umgangs mit Komplikationen nach der Entlassung spielen eine wichtige Rolle und wurden von 32 % der Befragten genannt.

Zudem variiert die Akzeptanz, sich ambulant operieren zu lassen, zwischen den Ländern. In einigen Ländern, wie etwa Japan, gelten längere Krankenhausaufenthalte als kulturelle Norm, was dazu führen kann, dass ambulante Eingriffe nicht den Erwartungen der Patient:innen entsprechen.

Die Umfrage weist zudem auf kulturelle Unterschiede sowie unterschiedliche Reifegrade der Versorgungsstrukturen in den einzelnen Gesundheitssystemen hin. Befragte aus dem Vereinigten Königreich betonten insbesondere die Bedeutung einer sicheren Entlassung und einer guten Unterstützung bei der Genesung zu Hause. Teilnehmende aus den nordischen Ländern nannten hingegen häufiger Einschränkungen bei der Terminplanung und Infrastruktur. Dies deutet darauf hin, dass sich die Hindernisse mit zunehmender Reife der Systeme verändern.

Während weniger entwickelte Systeme zunächst Kapazitäten aufbauen müssen, verlagert sich in fortgeschritteneren Systemen der Fokus stärker auf das Vertrauen der Patient:innen, die Qualität der Entlassung sowie die Verlässlichkeit der Behandlungsabläufe.



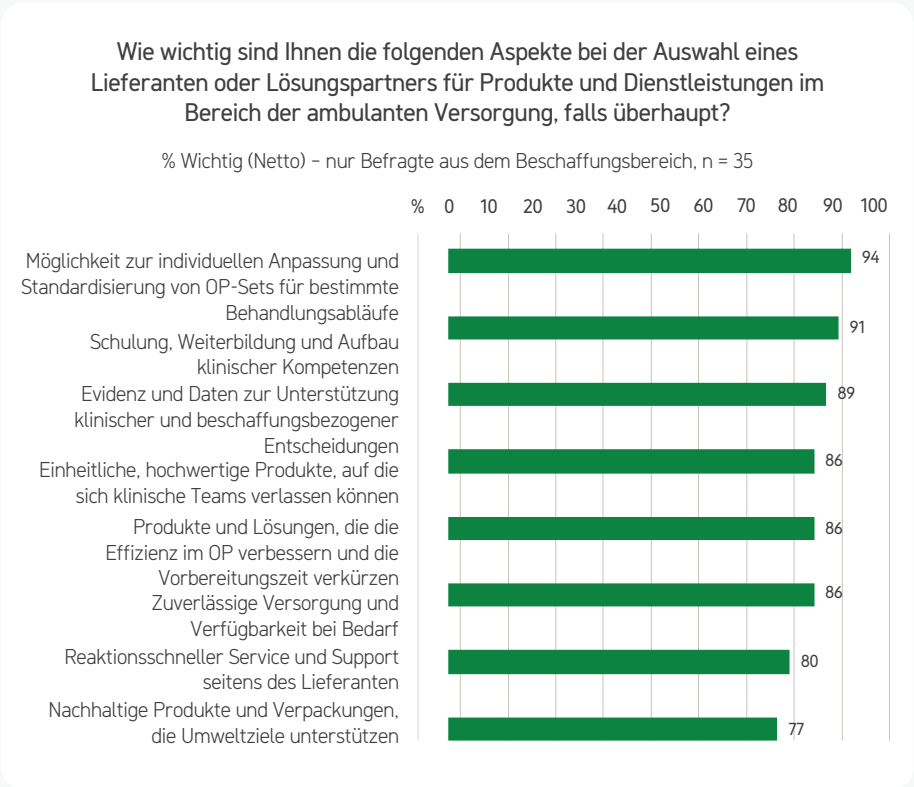
Begünstigende Faktoren der ambulanten Versorgung

In leistungsstarken Ländern sind hohe ambulante Fallzahlen das Ergebnis einer klaren strategischen Ausrichtung, konsistenter finanzielle Anreize und der konsequenten Umsetzung evidenzbasierter klinischer Praktiken vor Ort.

Dies führt zu hochgradig standardisierten Behandlungsabläufen, gesicherten Kapazitäten und der Erwartungshaltung, dass geeignete Eingriffe standardmäßig ambulant durchgeführt werden sollten. In der Regel setzen sich diese Länder ehrgeizige Ziele zur Erreichung ambulanter Fallzahlen und streben eine kontinuierliche Steigerung an.

Die Umfrageergebnisse untermauern diese Interpretation deutlich. Die Befragten sehen vor allem in einem abgestimmten Zusammenspiel von Behandlungsprozessen, Infrastruktur, Technologie und Patientenbeteiligung die wirksamsten Hebel zur Ausweitung ambulanter Eingriffe. Dies verdeutlicht, dass Einzelmaßnahmen nicht ausreichen. Entscheidend sind vielmehr konsistente Prozesse und ein hoher Grad an Standardisierung¹⁴.

Abbildung 5



Quelle: Mölnlycke-Umfrage zur ambulanten Versorgung, Censuswide, 2.-22. April 2026.
Basis: Befragte aus dem Beschaffungsbereich, n=35.

Gestaltung von Behandlungsabläufen



Mit der zunehmenden Verlagerung hin zur ambulanten Versorgung entwickeln sich Gesundheitssysteme weg von einem bettenorientierten, stark krankenhauszentrierten Modell, in dem nur ein kleiner Teil der Eingriffe ambulant erfolgt. Stattdessen rückt die Organisation entlang des gesamten Behandlungspfads in den Mittelpunkt. Entscheidend ist dabei vor allem, was vor und nach der Operation passiert, etwa eine strukturierte Risikobewertung und digitale Triage im Vorfeld sowie frühzeitige Mobilisierung und verlässliche Nachsorge im häuslichen Umfeld. Die Mitglieder:innen unseres Advisory Boards betonten zudem, dass ein effektives Management des gesamten Behandlungspfads eng mit der klinischen Entscheidungsfindung verknüpft sein muss, insbesondere bei der Frage, welche Eingriffe sich für die ambulante Durchführung eignen¹⁵.

Eine klare Gestaltung der Behandlungspfade, die ausdrücklich auf eine Entlassung am selben Tag abzielt, ist eine Voraussetzung für die erfolgreiche Ausweitung ambulanter Fallzahlen. Die Umfrageteilnehmer:innen bestätigten diese Einschätzung: 27 % nannten stärker standardisierte klinische Behandlungspfade und Entlassungsprotokolle als einen der wichtigsten praktischen Hebel für den Ausbau ambulanter Eingriffe, während weitere 26 % gezielte Schulungsprogramme für das Personal hervorhoben.

Für die ambulante Versorgung ist es entscheidend, eigenständige Behandlungspfade mit einem klar getrennten Patientenfluss zu etablieren, der unabhängig von stationären Abläufen organisiert ist und idealerweise auch räumlich getrennt erfolgt. Geschützte Kapazitäten für ambulante Eingriffe sind dabei eines der stärksten institutionellen Signale, um die ambulante Versorgung als Standard zu verankern. Wo eine vollständige bauliche Trennung nicht möglich ist, können solche geschützten Strukturen beispielsweise durch fest eingeplante OP-Zeiten, eigene Aufwachkapazitäten, dedizierte Bereiche für Voruntersuchung und Entlassung sowie eine klare Abgrenzung von Notfallprozessen geschaffen werden. Auch in der Umfrage wurde die Bedeutung dieser Maßnahmen deutlich: 32 % der Befragten nannten spezialisierte Einrichtungen oder Zentren für ambulante Operationen als entscheidenden Hebel für den weiteren Ausbau. In Mitteleuropa war die Zustimmung besonders hoch (42 %), was darauf hindeutet, dass infrastrukturelle Fragen in einigen Ländern weiterhin einen zentralen Engpass darstellen¹⁴.



In der Umfrage gaben

94%

der Befragten aus dem Beschaffungsbereich an, dass die Möglichkeit, OP-Sets für bestimmte Behandlungsabläufe individuell anzupassen und zu standardisieren, bei der Auswahl eines Lieferanten oder Lösungspartners ein wichtiger Faktor ist¹⁴.



Die Anpassung von Ausstattungs- und Verbrauchsmaterialien spielt ebenfalls eine wichtige Rolle für die effiziente Skalierung der ambulanten Versorgung. In dieser Unterkategorie wurde sie als bedeutendster Hebel bewertet. Dies deutet darauf hin, dass individualisierbare OP-Sets für ambulante Eingriffe von den Befragten als wirksames Instrument zur Optimierung von Prozessen gesehen werden. Sie können Abläufe im OP vereinfachen, Verzögerungen reduzieren und dazu beitragen, dass OP-Verfahren mit höheren Fallzahlen zuverlässiger umgesetzt werden.

Die ambulante Versorgung erfordert in der Regel ein höheres Maß an Standardisierung und klaren Protokollen als die stationäre Versorgung, da weniger Spielraum für Eskalationen besteht und Verzögerungen im Tagesverlauf schwerer aufgeholt werden können. Aus diesem Grund muss der Ausbau der ambulanten Versorgung eine klare Priorität des Krankenhausmanagements sein. Sobald entsprechende Abläufe etabliert sind, sollte der Fokus auf deren konsequenter Umsetzung liegen, etwa durch gezielte Schulungen, Checklisten, regelmäßige Audits, systematisches Feedback und eine schnelle Problemlösung. So lässt sich sicherstellen, dass die Behandlungsprozesse teamübergreifend konsistent und zuverlässig ablaufen.

Ambulante Abläufe sollten demnach Folgendes gewährleisten: ^{3,9,11,20,29,55}

- + Standardisierte, im Voraus festgelegte Protokolle
- + Eine vordefinierte Liste geeigneter Eingriffe
- + Eindeutige Ein- und Ausschlusskriterien für Patient:innen
- + Gestaffelte „Just-in-Time“-Aufnahmen
- + Vorbereitung der Patient:innen und umfassende Vorabuntersuchungen
- + Frühzeitige Mobilisierung und funktionelle Entlassungskriterien (anstelle von zeitbasierten Entlassungskriterien)
- + Eine von Pflegekräften geleitete Entlassung
- + Frühzeitige Terminierung geeigneter Patient:innen am Morgen
- + Betreuung nach der Entlassung
- + Patientenüberwachung, klare Eskalationskriterien und verlässliche Unterstützung nach der Entlassung
- + Fortlaufende Schulung des Personals und Unterstützung bei der Umsetzung

Genesung zu Hause

Was im Krankenhaus geschieht – effiziente Voruntersuchung, Operation und Entlassung – ist ein wesentlicher Bestandteil einer erfolgreichen ambulanten Operation, aber ebenso wichtig ist die Unterstützung einer erfolgreichen Genesung zu Hause²⁰.

Die Genesung zu Hause nach einer ambulanten Operation verlagert die Verantwortung vom klinischen Team auf die Patient:innen oder die Pflegeperson, was eine klare Übergabe erfordert. Die Genesung sollte bereits vor der Entlassung beginnen, insbesondere durch eine umfassende Aufklärung der Patient:innen. Diese sollten sowohl mündliche als auch schriftliche Informationen erhalten, da Studien zeigen, dass bis zu 80 % mündlich vermittelter Inhalte wieder vergessen werden können. In der Umfrage wurde die Patientenaufklärung als wichtigste praktische Maßnahme genannt: 34 % der Befragten sehen sie als entscheidend, um Erwartungen an den ambulanten Eingriff und die Genesung zu Hause gezielt zu steuern. Dies unterstreicht, dass Vertrauen und Vorbereitung der Patient:innen ebenso wichtig sind wie effiziente Abläufe im Krankenhaus.



Professorin Karine Nouette-Gaulain

Leiterin der Abteilung für Anästhesie, Intensivmedizin und perioperative Medizin am Kinderkrankenhaus und Aliénor d'Aquitaine Entbindungsstation, Universitätsklinikum Bordeaux, Frankreich⁷⁸

“Das Problem bei der ambulanten Versorgung ist, dass Patient:innen Angst haben, nach Hause zu gehen. Sie haben Angst und oft müssen wir sie beruhigen: ‚Wenn es nicht gut läuft, bleiben Sie über Nacht hier.‘ Sobald der Eingriff abgeschlossen ist, sind sie bereit, nach Hause zu gehen.”

Da die ambulante Versorgung die Genesung in das häusliche Umfeld verlagert, gewinnen Infektionsprävention und Wundversorgung weiter an Bedeutung. Postoperative Infektionen lassen sich zu Hause häufig nicht so frühzeitig erkennen und können auftreten, nachdem Patient:innen die direkte Betreuung durch das Operationsteam verlassen haben. Daher sollten Behandlungspfade klare Anleitungen zur Wundversorgung enthalten, das Verständnis für normale postoperative Symptome im Vergleich zu möglichen Komplikationen fördern und die konsequente Anwendung geeigneter Verbände sowie Maßnahmen zur Infektionskontrolle unterstützen. Ergänzend sind klare Hinweise erforderlich, wann und wie medizinische Beratung eingeholt werden sollte. Dies ist besonders relevant, wenn ambulante Operationen auf komplexere Eingriffe oder Patientengruppen mit höherem Risiko ausgeweitet werden. Darüber hinaus besteht Potenzial, Patient:innen bereits präoperativ gezielt zu beraten, um das Infektionsrisiko zu senken, beispielsweise durch geeignete vorbereitende Maßnahmen wie Körperhygiene vor dem Eingriff⁸¹.



David Bunting

Facharzt für Chirurgie des oberen Gastrointestinaltrakts und der Bauchwandrekonstruktion, North Devon District Hospital Vorstandsmitglied der International Association of Ambulatory Surgery, ehemaliger Präsident der British Association of Day Surgery, Vereinigtes Königreich

“Jedes Mal, wenn wir Ergebnisse aus Sicht der Patient:innen erhoben haben, zeigte sich, dass ambulante Eingriffe grundsätzlich bevorzugt werden – wahrscheinlich in mehr als 95 % der Fälle. Sie ziehen es in der Regel vor, sich in der vertrauten Umgebung ihres eigenen Zuhauses zu erholen.”



Patient:innen müssen zudem den Unterschied zwischen normalen postoperativen Beschwerden und schwerwiegenden Komplikationen verstehen⁷⁹. Sie sollten über eine zuverlässige Möglichkeit verfügen, weitere Unterstützung in Anspruch zu nehmen, falls schwerwiegende Komplikationen auftreten sollten. Zur Behandlung schmerzbedingter Symptome sollte eine proaktive statt einer reaktiven Strategie vorhanden sein. Postoperative Übelkeit und Erbrechen (PONV) sind eine der Hauptursachen für ungeplante Wiederaufnahmen ins Krankenhaus⁸². Wirksame Behandlungspläne sollten Antiemetika als Bedarfsmedikation für die Anwendung zu Hause vorsehen⁸³.

Patient:innen sollten zudem realistische Erwartungen an den zeitlichen Verlauf der Genesung haben, insbesondere in Bezug darauf, wann sie alltägliche Aktivitäten wie Autofahren, körperliche Betätigung oder die Rückkehr zur Arbeit wieder aufnehmen können, um den Heilungsprozess nicht zu gefährden.

Eine kontinuierliche Überwachung und Kommunikation mit den Patient:innen innerhalb des häuslichen Umfelds ist von entscheidender Bedeutung⁹. Das britische Centre for Perioperative Care (CPOC) empfiehlt einen Nachsorgeanruf durch eine Pflegekraft innerhalb von 24 Stunden, um kleinere Probleme zu erkennen, bevor sie sich verschlimmern⁸⁵.

Nachsorgeanrufe gehen zudem mit einer höheren Patientenzufriedenheit und einem stärkeren Vertrauen der Patient:innen einher⁶⁶.



Personal

Die ambulante Versorgung funktioniert am besten mit einem spezialisierten Team. Um den hohen Patientendurchsatz zu erreichen, müssen die Mitarbeitenden klare Rollen innerhalb der Abläufe haben und über spezifische Erfahrung in der Durchführung ambulanter Eingriffe verfügen^{9,29}.

Ein gut durchdachter Ablauf sollte jeden Fall in einzelne Abschnitte unterteilt werden, wobei das Personal klare Zuständigkeiten für die verschiedenen Aufgabenbereiche hat^{3,9,28}.

Tabelle 4

Funktion im Behandlungspfad	Aufgaben der Rolle	Warum das wichtig ist
Voruntersuchung und Auswahl	Beurteilung der klinischen Eignung, der sozialen Unterstützung und der Frage, ob eine Genesung zu Hause möglich ist	Verhindert fehlgeschlagene Entlassungen am selben Tag und ungeeignete Patientenauswahl ^{9,29}
OP-Planung / Terminkoordination	Geeignete Patient:innen frühzeitig einplanen	Sichert ausreichend Zeit für Mobilisierung, Symptomkontrolle und Entlassung ²⁹
Genesung und Entlassung	Anwendung funktionaler Entlassungskriterien, z. B. für Schmerzen, Übelkeit, Mobilität und Blutungen	Ermöglicht konsistentere Entlassungsentscheidungen und reduziert Abhängigkeit von subjektiven Einschätzungen und Zeitvorgaben ²⁹
Patientenaufklärung	Vermittlung, wie die Genesung zu Hause tatsächlich abläuft und wann Unterstützung in Anspruch genommen werden sollte	Schafft realistische Erwartungen an den postoperativen Verlauf ⁹
Unterstützung nach der Entlassung	Bereitstellung von telefonischem Kontakt, proaktiver Nachsorge oder Unterstützung im häuslichen Umfeld	Gibt Patient:innen Sicherheit und hilft, Probleme frühzeitig zu erkennen ⁹
Daten- und Koordinationsunterstützung	Erfassung von Patientenfluss, Ergebnissen und Komplikationen über verschiedene Standorte oder Abteilungen hinweg	Unterstützt Standardisierung und kontinuierliche Verbesserung ^{3,29}

Diese Funktionen lassen sich nur begrenzt in bestehende stationäre Abläufe integrieren und erfordern daher angepasste Strukturen und Kompetenzen in der ambulanten Versorgung. Dazu gehören auch gezielte Schulungs- und Weiterbildungsangebote für das Personal, das in diesen Bereich wechselt. Dies deckt sich mit den Ergebnissen der Umfrage: 27 % der Befragten nannten spezifische Schulungsprogramme für Personal in OP, Station und Aufwachraum als prioritäre Maßnahme. In einer weiteren Frage stuften 88 % Schulung, Weiterbildung und den Aufbau klinischer Kompetenzen gemeinsam mit Spezialist:innen als wichtig ein.

Pflegekräften kommt dabei eine besonders zentrale Rolle zu. Sie verbringen die meiste Zeit mit den Patient:innen und tragen maßgeblich dazu bei, sie sicher durch den ambulanten Behandlungsablauf zu begleiten. Da operative Eingriffe für Patient:innen eine besonders sensible Phase darstellen, leisten sie sowohl praktische als auch unterstützende Begleitung, um sicherzustellen, dass Bedürfnisse wahrgenommen und angemessen berücksichtigt werden¹⁵.

Die Begleitung der Patient:innen während des gesamten ambulanten Prozesses ist eine äußerst wichtige Aufgabe für Pflegekräfte.“



Jaana Perttunen

Präsidentin, European Operating Room Nurses Association, Finland¹⁵



Technologie

Wenn geeignete Behandlungsprozesse und Anreizstrukturen bestehen, wird Technologie zu einem entscheidenden Treiber für die Ausweitung der ambulanten Versorgung.

Die robotergestützte Chirurgie lässt sich zunehmend mit ambulanten Operationen vereinbaren, da sie minimalinvasive Eingriffe ermöglicht, die eine kürzere Genesungszeit erfordern²⁸. Über 50 % der robotergestützten radikalen Prostatektomien in den Vereinigten Staaten werden mittlerweile als ambulante Operationen durchgeführt, was im Vergleich zu einer stationären Aufnahme zu 20 % geringeren Kosten führt⁸⁶.



David Bunting

Facharzt für Chirurgie des oberen Gastrointestinaltrakts und der Bauchwandrekonstruktion, North Devon District Hospital; Vorstandsmitglied der International Association of Ambulatory Surgery, ehemaliger Präsident der British Association of Day Surgery, Vereinigtes Königreich

“ Die Roboterplattformen ermöglichen es uns, viele Eingriffe bei Bauchwandhernien, die früher einen mehrtägigen Krankenhausaufenthalt – oft vier bis fünf Nächte mit Drainagen – erfordert hätten, heute ambulant und ohne Drainagen durchzuführen.”

Die Verlagerung der Genesung in das häusliche Umfeld wird durch digitale Gesundheitslösungen und Fernüberwachung maßgeblich unterstützt und ermöglicht eine frühere sowie sicherere Entlassung. Die telemedizinische Nachsorge bei chirurgischen Patient:innen wird von 80,6 % der Patient:innen mit „sehr gut“ bewertet, wobei über einen Zeitraum von fünf Jahren Kosteneinsparungen von mehr als 1 Million US-Dollar erzielt wurden. Auch internationale Beispiele unterstreichen dieses Potenzial: In Australien ermöglichte ein Modell der akuten ambulanten Cholezystektomie mit Fernüberwachung im Vergleich zur herkömmlichen stationären Versorgung eine Verkürzung der Verweildauer um durchschnittlich 1,7 Tage sowie Einsparungen von 1.416 AUD pro Fall⁸⁷.

“ Wir beobachten, dass Telemonitoring inzwischen auch im häuslichen Umfeld eingesetzt wird. Plattformen für virtuelle Stationen wurden ursprünglich in der akutmedizinischen Versorgung am selben Tag genutzt. Mittlerweile sehen wir, dass sie auch im postoperativen Bereich eingesetzt werden. Patient:innen, die mit Telemonitoring nach Hause entlassen werden, bieten bei bestimmten Eingriffen sowohl aus Sicht des medizinischen Personals als auch der Patient:innen ein hohes Maß an Sicherheit.”

Abbildung 6

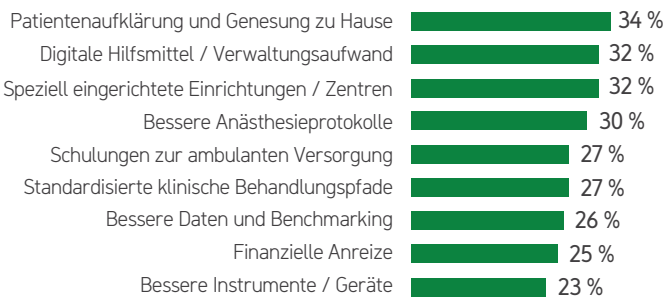
32%

gaben an, dass digitale Tools bzw. der Verwaltungsaufwand den größten Beitrag zur Ambulantisierung leisten würden

Politische und finanzielle Hebel

Was würde den größten Unterschied bei der Ausweitung ambulanter Eingriffe in Ihrer Einrichtung ausmachen? (Wählen Sie bis zu 3 Antworten aus)

Anteil derjenigen, die dies als einen der drei wichtigsten Punkte ausgewählt haben – alle Befragten, n=256



Quelle: Mölnlycke-Umfrage zur ambulanten Versorgung, Censurwide, 2.–22. April 2026.
Basis: alle Befragten.

Angesichts der eindeutigen Vorteile ambulanter Eingriffe, insbesondere im Hinblick auf Kosteneinsparungen, Entlastung von Kapazitäten, Effizienz und Patientenzufriedenheit, besteht ein starker Anreiz, die ambulante Versorgung als Standard zu etablieren. Gleichzeitig sind die fördernden Faktoren und bestehenden Hindernisse für ihren Ausbau vielschichtig, sodass politische Maßnahmen sorgfältig ausgestaltet sein müssen und sowohl potenzielle gesundheitliche Ungleichheiten als auch Sicherheitsaspekte berücksichtigen sollten.



Professor Tim Briggs CBE

Leiter des GIRFT-Programms und Nationaldirektor für klinische Verbesserung, Wiederaufnahme geplanter Behandlungen und UEC beim NHS England, Vereinigtes Königreich⁷⁵

“Gemeinsam mit der British Association of Day Surgery haben wir nachgewiesen, dass höhere Raten ambulanter Operationen weder die Wiederaufnahmeraten noch die Komplikationsraten erhöhen. Entscheidend ist jedoch auch die Zufriedenheit der Patient:innen: Sie sind froh, dass sie operiert werden.”

Die Umfrageergebnisse stützen diese Einschätzung deutlich. Die Befragten nannten eine Kombination aus klinischer Innovation, steigender Patientennachfrage, wachsendem Effizienzdruck, Sicherheitsanforderungen sowie klar definierten politischen Zielsetzungen als zentrale Treiber der ambulanten Versorgung. Dies verdeutlicht, dass die Entwicklung durch das Zusammenspiel mehrerer Faktoren vorangetrieben wird und nicht durch einzelne politische Maßnahmen allein¹⁴.



Finanzielle Anreize senden wichtige Signale im System, wo Investitionen erfolgen und Prioritäten gesetzt werden sollten. Ein anschauliches Beispiel ist Ungarn: Dort wurden zunächst ungenutzte stationäre Kapazitäten gezielt für ambulante Operationen umgewidmet. Ursprünglich galten in Ungarn Obergrenzen für das Volumen ambulanter Eingriffe, die im Jahr 2015 aufgehoben wurden. Um die Nutzung weiter zu steigern, führte das Land 2017 einen Vergütungszuschlag von 10 % für ambulante Eingriffe ein und richtete damit die finanziellen Anreize konsequenter an den angestrebten Versorgungsergebnissen aus. Die Wirkung war deutlich: Zwischen 2010 und 2019 stieg der Anteil ambulanter Eingriffe bei den betreffenden Prozeduren von 42 % auf 80 %, während gleichzeitig die Zahl der stationären Behandlungstage um 17 % zurückging. Grundsätzlich gilt: Gesundheitssysteme sollten mindestens sicherstellen, dass keine finanziellen Fehlanreize bestehen, die den Ausbau der ambulanten Versorgung verzögern.

Regulierung und politische Steuerung können jedoch auch unabhängig von finanziellen Anreizen wirksam sein. Die Schweiz hat beispielsweise verbindliche Substitutionsvorgaben eingesetzt, um ausgewählte Eingriffe gezielt in die ambulante Versorgung zu verlagern, selbst nachdem erhöhte Vergütungssätze im Jahr 2017 abgeschafft wurden. Dadurch konnten die Kosten für das Gesundheitssystem gesenkt und gleichzeitig die Attraktivität der ambulanten Versorgung für die öffentlichen Haushalte gesteigert werden. Zugleich wurden die Fortschritte gesichert, die zuvor durch finanzielle Anreize erzielt worden waren. Auch die Umfrageergebnisse zeigen, dass politische Maßnahmen in Kombination mit klinischer Umsetzbarkeit besonders wirksam sind. Insgesamt wurden Verbesserungen in Operationstechniken und Genesungsprotokollen mit 36 % am häufigsten als Treiber für die Ambulantisierung genannt, noch vor rein finanziellen oder regulatorischen Faktoren. Dies deutet darauf hin, dass politische Vorgaben dann am glaubwürdigsten und wirksamsten sind, wenn sie durch praktische klinische Möglichkeiten unterstützt werden.

27 % der Befragten nannten Kosten- bzw. Budgetdruck als einen der wichtigsten Treiber der ambulanten Versorgung¹⁴.

Es ist zudem wichtig, finanzielle Anreize mit Bedacht einzusetzen, da sie nicht immer die gewünschte Wirkung erzielen. Die Erfahrungen aus England mit dem „Best Practice Tariff“ zeigen, dass solche Anreize zwar gezielt einzelne Eingriffe fördern und deren Zahl steigern können. Die Effekte nahmen jedoch im Laufe der Zeit ab. Zudem führten die finanziellen Anreize dazu, dass Ressourcen und Investitionen teilweise von nicht geförderten Eingriffen im elektiven Bereich abgezogen wurden, sodass erzielte Fortschritte teilweise zulasten anderer Versorgungsbereiche gingen.

Auch die Umfrageergebnisse unterstreichen diese Einschätzung: Finanzielle Anreize allein werden nicht als ausreichend angesehen. Stattdessen bewerten die Befragten Maßnahmen wie verbesserte Patientenaufklärung, zweckgebundene Infrastruktur, der Einsatz digitaler Lösungen sowie die gezielte Neugestaltung von Behandlungsabläufen als die wirksamsten Hebel für weiteres Wachstum.



Auch die Erfahrungen aus Irland zeigen, warum finanzielle Anreize nur in Kombination mit operativen Veränderungen, angepassten Versorgungsmodellen und gesicherten Kapazitäten wirksam sind. Weder leistungsbezogene Vergütung noch gezielte Preisanreize für laparoskopische Cholezystektomien im ambulanten Bereich führten dort zu messbaren Veränderungen bei den ambulanten Fallzahlen oder der durchschnittlichen Verweildauer.

Das Beispiel verdeutlicht, dass finanzielle Reformen wirkungslos bleiben können, wenn die Anreize im Verhältnis zum erforderlichen operativen Aufwand zu gering sind. In solchen Fällen besteht die Gefahr, dass Krankenhäuser die finanziellen Signale zwar aufnehmen, die Versorgungsprozesse jedoch nicht grundlegend anpassen.

Politische Steuerungsimpulse entfalten daher nur dann Wirkung, wenn sie ausreichend stark sind, um die ambulante Versorgung tatsächlich zu einer Priorität auf Ebene der Krankenhausleitung zu machen.

Eine weitere vielversprechende politische Maßnahme ist die gezielte Schaffung dedizierter, geschützter Kapazitäten für die ambulante Versorgung. Die ausgewerteten Erkenntnisse zeigen wiederholt, dass gemeinsam organisierte Strukturen die Grenzen zwischen stationärer und ambulanter Versorgung verwischen. Dadurch besteht das Risiko, dass Eingriffe standardmäßig im stationären Setting durchgeführt werden. Der wirksamste Ansatz, um die ambulante Versorgung dauerhaft zu verankern, sind spezialisierte Einrichtungen. Gleichzeitig können politische Entscheidungsträger:innen und Krankenhausleitungen auch alternative Wege nutzen, um Kapazitäten gezielt zu sichern und Ressourcen entsprechend auszurichten.



David Bunting

Facharzt für Chirurgie des oberen Gastrointestinaltrakts und der Bauchwandrekonstruktion, North Devon District Hospital; Vorstandsmitglied der International Association of Ambulatory Surgery, ehemaliger Präsident der British Association of Day Surgery, Vereinigtes Königreich

“Einer der wichtigsten Aspekte sind zweckgebundene ambulante Betten, die vor ungeplanten medizinischen und chirurgischen Aufnahmen geschützt sind.”

Politische Maßnahmen zur Steigerung ambulanter Operationsraten müssen daher ganzheitlich ansetzen. Entscheidend ist, kontextspezifische Barrieren und förderliche Faktoren im System gezielt zu identifizieren und darauf aufbauend einen eigenständigen, standardisierten Versorgungsweg für ambulante Eingriffe zu entwickeln.

Dafür steht eine breite Palette an Instrumenten zur Verfügung: Von regulatorischen Maßnahmen über finanzielle Anreize bis hin zu Mechanismen der Rechenschaftspflicht. Diese sollten jedoch sorgfältig ausgestaltet werden, um Fehlanreize und unbeabsichtigte Verzerrungen zu vermeiden.

Die Umfrageergebnisse stützen diese ausgewogene Perspektive. Die Befragten beschreiben den Wandel hin zur ambulanten Versorgung als Zusammenspiel mehrerer Treiber, darunter Innovation, steigende Patientenerwartungen, budgetäre Rahmenbedingungen, der Druck durch Wartelisten sowie klar definierte Zielvorgaben. Dies deutet darauf hin, dass erfolgreiche Strategien diese Faktoren gezielt aufeinander abstimmen müssen, anstatt sich auf einzelne Maßnahmen zu verlassen.

Zugleich ist es entscheidend, bewährte klinische Praktiken systematisch zu nutzen, indem Vorreiter identifiziert, erfolgreiche Ansätze skaliert und Erfahrungen aktiv weitergegeben werden. Der Verlagerung zur ambulanten Versorgung ist daher nicht nur eine Frage der politischen Steuerung, sondern auch des kulturellen Wandels innerhalb der Versorgungssysteme. Beide Dimensionen müssen gleichermaßen berücksichtigt werden.



Professor Tim Briggs CBE

Leiter des GIRFT-Programms und Nationaldirektor für klinische Verbesserung, Wiederaufnahme geplanter Behandlungen und UEC beim NHS England, Vereinigtes Königreich⁷⁵

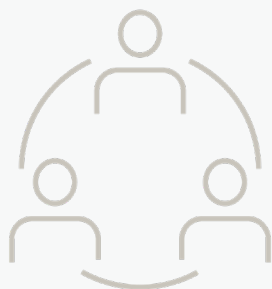
“Je besser es uns gelingt, elektive Behandlungen von dringenden und notfallmäßigen Behandlungen zu trennen, desto besser.”



Dr. Shaan Chhabra

Leiter für Transformation und Prozessoptimierung am Newham Hospital, Barts Health NHS Trust, Vereinigtes Königreich¹⁵

Diese Empfehlungen wurden im Advisory Board für ambulante Operationen¹⁵ erörtert und verfeinert und anschließend einer weiteren Überprüfungsrunde unterzogen.



“

Politische Empfehlungen

Mit der wachsenden Bedeutung der ambulanten Versorgung im Vereinigten Königreich treten zwei zentrale Herausforderungen zunehmend in den Vordergrund: regionale Unterschiede und die OP-Planung. Bei bestimmten Eingriffen werden in einigen Integrated Care Boards (ICBs) bis zu 95 % der Operationen ambulant durchgeführt, während andere Regionen – teilweise sogar innerhalb desselben Versorgungsgebiets – lediglich auf etwa 60 % kommen. Hinzu kommt, dass rund 20 % der als ambulant geplanten Eingriffe im NHS entweder vor dem Operationstag oder innerhalb von 24 Stunden vor dem Eingriff abgesagt werden. Dies erschwert eine effiziente Planung und optimale Nutzung der verfügbaren Kapazitäten erheblich.

Ein aktuelles Projekt, an dem ich zur Senkung der Komplikationsraten gearbeitet habe, lieferte einige sehr interessante Erkenntnisse. Wir stellten fest, dass eine fehlende gemeinsame Teamidentität und Zielsetzung, die verspätete Aufnahme von Patient:innen aufgrund nicht optimierter Prozesse, eine zu starke Bindung an stationäre Strukturen mit daraus resultierendem Wettbewerb um Betten sowie ein unzureichender Datenaustausch dazu beitrugen, dass Verbesserungspotenziale nicht erkannt und genutzt wurden.

Für mich hat dies gezeigt, dass Teams deutlich erfolgreicher sein können, wenn sie die Möglichkeit erhalten, sich gezielt auf die ambulante Versorgung auszurichten.”

Die Patientensicherheit hat oberste Priorität

Die ambulante Versorgung ist ein wichtiges Instrument, um Wartelisten für elektive Eingriffe abzubauen, die Effizienz und Produktivität von Krankenhäusern zu steigern sowie wertvolle Bettenkapazitäten zu entlasten. Ihr Einsatz sollte jedoch stets von der Patientensicherheit geleitet werden. Maßnahmen zur Förderung ambulanter Eingriffe müssen daher regelmäßig darauf geprüft werden, ob sie unbeabsichtigte Auswirkungen auf die Sicherheit der Patient:innen haben könnten. Ambulante Operationen sollten für Patient:innen jederzeit einen klaren Mehrwert bieten.

Die Patientensicherheit muss entlang des gesamten Behandlungspfads gewährleistet sein. Dies beginnt bei der sorgfältigen Patientenauswahl und präoperativen Planung und setzt sich während der Genesung im häuslichen Umfeld fort. Patient:innen sollten über eine feste Ansprechperson im medizinischen Team verfügen, an die sie sich bei postoperativen Komplikationen wenden können. Ebenso wichtig ist ein klares Verständnis davon, welche Beschwerden Teil einer normalen Genesung sind und welche auf Komplikationen hindeuten. Hierfür müssen eindeutige Eskalations- und Unterstützungswege definiert sein.

Besondere Aufmerksamkeit sollte den häufigsten Ursachen für Wiederaufnahmen gelten. Dazu zählen insbesondere ein unzureichendes Schmerzmanagement, postoperative Übelkeit und Erbrechen sowie Infektionen an der Operationsstelle, auch nach minimalinvasiven Eingriffen.

Ambulante Eingriffe sollten dort, wo es klinisch sinnvoll ist, zur Standardbehandlung werden



Dr. Bjarne Skjødt Hjaltalin

Chefarzt der Abteilung für ambulante Operationen, Amager- und Hvidovre-Krankenhaus, Dänemark⁵⁶

“ Die ambulante Operation sollte der Standard sein und Ärzt:innen sollten begründen, wenn sie anders vorgehen wollen.”

Gesundheitssysteme sollten darauf hinarbeiten, dass ambulante Verfahren zur Standardvorgehensweise für Eingriffe werden, die ein hohes Maß an Sicherheit bieten und klinisch indiziert sind, sowie für Patient:innen, die körperlich und sozial in der Lage sind, den Eingriff ambulant durchführen zu lassen. Dies kann durch verschiedene Maßnahmen erreicht werden, darunter reservierte, zweckgebundene Kapazitäten, spezielle Einrichtungen, operative Vorgaben, Rechenschaftspflicht und finanzielle Anreize. Die Wahlfreiheit der Patient:innen sollte dabei gewahrt bleiben. Gleichzeitig sollten Patientenzufriedenheit und Akzeptanz als wichtige Erfolgsindikatoren erfasst werden.

Verfolgen Sie einen dreistufigen Ansatz zum Ausbau der ambulanten Versorgung

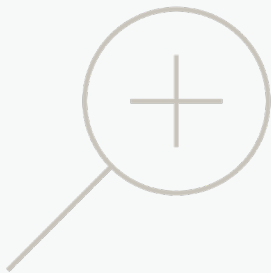


1. Führen Sie Fälle mit hohem Aufkommen und geringer Komplexität standardmäßig als ambulante Eingriffe durch, sofern dies für die Patient:innen klinisch angemessen ist
2. Reduzieren Sie Abweichungen bei Eingriffen, die ein gutes Sicherheits- und Durchführbarkeitsprofil aufweisen, deren lokale Umsetzung jedoch unterschiedlich ist
3. Erweitern Sie die Grenzen der ambulanten Versorgung, indem Sie neue mögliche Eingriffe und Patientengruppen identifizieren

Richten Sie den strategischen Fokus auf die Schaffung zuverlässiger Behandlungsabläufe

Die ambulante Versorgung sollte über eigenständige Behandlungspfade verfügen, die klar von stationären Abläufen abgegrenzt sind und auf die spezifischen Anforderungen ambulanter Eingriffe ausgerichtet sind. Aus Sicht der Patientensicherheit sollten der Patientenauswahl sowie der präoperativen Planung und Kommunikation besondere Aufmerksamkeit gewidmet werden. Zwar ist Standardisierung wichtig, doch sollten neue ambulante Anwendungsbereiche eigene Behandlungswege entwickeln, die ihren besonderen Merkmalen Rechnung tragen.

Gesundheitssysteme sollten zudem die Schnittstelle zwischen chirurgischen Zentren und kommunalen sowie sozialen Diensten berücksichtigen und den Patientenpfad für die ambulante Versorgung als einen Prozess konzipieren, der über das Krankenhaus oder die Klinik hinausgeht.



Standardisierung der Behandlungsabläufe bei gleichzeitiger Wahrung der Flexibilität

Eine standardisierte, zugleich aber flexibel anpassbare Gestaltung der Behandlungsabläufe sollte angestrebt werden, um klare Verantwortlichkeiten, konsistente Prozesse, hohe Effizienz und eine größere Handlungssicherheit des Personals zu gewährleisten. Gleichzeitig muss genügend Spielraum bleiben, um unterschiedlichen Eingriffen und lokalen Rahmenbedingungen gerecht zu werden. Innovationen wie individuell zusammengestellte OP-Sets können eine solche flexible Standardisierung unterstützen, indem sie eine einheitliche Prozessgestaltung über unterschiedliche Eingriffsarten hinweg ermöglichen.

Kapazitätssicherung für elektive Eingriffe durch die Absicherung von ambulanten Kapazitäten und Ressourcen sowie Aufbau spezieller Einrichtungen

Vermeiden Sie den automatischen Rückgriff auf stationäre Aufenthalte, indem Sie die Kapazitäten für ambulante Eingriffe absichern oder anderweitig schützen und stellen Sie dabei stets sicher, dass für Patient:innen, die dies wirklich benötigen, ein Weg zu einer erweiterten Versorgung besteht.

Gleichberechtigung als Basis

Gesundheitssysteme sollten bestrebt sein, lokal relevante gesundheitliche Ungleichheiten zu identifizieren und zu überwachen. Gesundheitliche Differenzen sollten Patient:innen nicht vom ambulanten Setting ausschließen. Stattdessen sollten Gesundheitssysteme Anpassungen vornehmen, um den sicheren Zugang auch für schutzbedürftige Patient:innen zu gewährleisten. Das häusliche Genesungsumfeld der Patient:innen sollte sorgfältig berücksichtigt und geeignete kommunale Dienste einbezogen werden, um die Genesung zu erleichtern, wenn keine starke familiäre Unterstützung besteht.

Patient:innen sollten ganzheitlich betrachtet werden, wobei ihre sozialen Umstände ebenso berücksichtigt werden sollten wie ihre klinischen Merkmale.

Pflegefachpersonen verbringen in der perioperativen Phase mehr Zeit im direkten Kontakt mit Patient:innen als jede andere Berufsgruppe im Gesundheitswesen. Daher sollten sie gezielt gestärkt und so unterstützt werden, dass ausreichend Zeit für Kommunikation, Beratung und persönliche Interaktion mit den Patient:innen zur Verfügung steht.

Mit Patient:innen auf leicht verständliche Weise kommunizieren

Die Gesundheitssysteme sollten sicherstellen, dass die Kommunikation mit den Patient:innen im Rahmen der Behandlungsplanung Priorität hat. Sie sollten Informationen in möglichst einfacher Sprache erhalten, wobei Fachjargon vermieden und bei Bedarf ein Dolmetscher hinzugezogen werden sollte. Wichtige Informationen sollten zu einem Zeitpunkt vermittelt werden, zu dem sie diese am ehesten behalten können sowie ausreichend Zeit eingeräumt werden, Fragen zu stellen. Alle relevanten Informationen sollten den Patient:innen sowohl schriftlich als auch mündlich übermittelt werden. Nach der Operation sollten routinemäßige Nachsorgeuntersuchungen durchgeführt werden, um den Patient:innen die Möglichkeit zu geben, Bedenken zu äußern.

Das medizinische Fachpersonal sollte sich bewusst Zeit nehmen, einfühlsam kommunizieren und den Patient:innen aufmerksam zuhören. Dabei ist zu berücksichtigen, dass sich Patient:innen rund um einen operativen Eingriff häufig in einer besonders vulnerablen Situation befinden.

Patient:innen sollten klar verstehen, was eine ambulante Operation umfasst und welche Anforderungen und Auswirkungen mit der Genesung zu Hause verbunden sind. Zudem sollten sie ausreichend informiert sein, um eine fundierte Entscheidung treffen und ihre Einwilligung erteilen zu können.

Schlussfolgerung

Die ambulante Versorgung bietet erhebliches Potenzial, die Patientenerfahrung zu verbessern, Kosten zu senken und Kapazitäten für elektive Eingriffe freizusetzen. Dadurch können stationäre Ressourcen gezielter für Patient:innen eingesetzt werden, die tatsächlich einen Krankenhausaufenthalt über Nacht benötigen. Dennoch bestehen weltweit weiterhin deutliche Unterschiede bei den ambulanten Operationsraten. In vielen Gesundheitssystemen entwickelt sich die ambulante Versorgung trotz ihrer strategischen Bedeutung nur langsam weiter. Dieser Bericht spricht sich daher für umfassende Maßnahmen zur Steigerung ambulanter Operationsraten aus. Im Fokus sollten zunächst häufig durchgeführte Eingriffe mit geringer Komplexität stehen. Gleichzeitig gilt es, die Grenzen der ambulanten Versorgung schrittweise zu erweitern, indem standardisierte Behandlungspfade und Protokolle etabliert sowie geeignete politische und organisatorische Instrumente eingesetzt werden, um den Übergang von stationären zu ambulanten Eingriffen zu fördern.



Literaturverzeichnis

1. Siciliani L. Waiting times for health services, health, and labour market outcomes. *Eur J Public Health* [Internet]. 2026 Mar 1;36(Supplement_2). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41329126/>
2. Turney BW, Cornu JN, Schatteman P, et al. Evolution of the Endoscopic Surgical Approach for Benign Prostatic Obstruction in European Countries. *Eur Urol Focus* [Internet]. 2025 Apr;11(5). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40189998/>
3. Rieder L, Schoder J. Strategies for Successful Hospital-Based Outpatient Care: Insights from Switzerland and Germany. *Hospitals (Lond)* [Internet]. 2025 Jun;2(2). Available from: <https://www.mdpi.com/2813-4524/2/2/13>
4. Kreutzberg A, Eckhardt H, Milstein R, et al. International Strategies, Experiences, and Payment Models to Incentivise Day Surgery. *Health Policy (New York)*. 2023 Dec;140:104968.
5. Baumann A, Wyss K. The Shift from Inpatient Care to Outpatient Care in Switzerland Since 2017: Policy Processes and the Role of Evidence. *Health Policy (New York)* [Internet]. 2021 Jan;125(4). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33579560/>
6. Glowka L, Tanella A, Hyman J. Quality Indicators and Outcomes in Ambulatory Surgery. *Curr Opin Anaesthesiol* [Internet]. 2023 Aug;36:624–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37871296/>
7. Rodriguez L, Bloomstone J. Benchmarking Outcomes for Day Surgery. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol* [Internet]. 2023 Mar;37 3:331–42. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37938080/>
8. Brüngger B, Bähler C, Schwenkglens M, et al. Surgical Procedures in Inpatient Versus Outpatient Settings and Its Potential Impact on Follow-up Costs. *Health Policy (New York)* [Internet]. 2021 Jul;125(10). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34348846/>
9. Sig JR, Nielsen C, Bille Camilla and Thomsen JB, et al. Patients' Experiences of Day Surgery: A Qualitative Systematic Review. *J Adv Nurs* [Internet]. 2025 Mar;82(1):247–71. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40159718/>
10. Brick A, Walsh B, Kakoulidou T, et al. Variation in Day Surgery Rates Across Irish Public Hospitals. *Health Policy (New York)* [Internet]. 2024 Nov;152:105215. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39837055/>
11. Messerle R, Hoogestraat F, Wild EM. Which Factors Influence the Decision of Hospitals to Provide Procedures on an Outpatient Basis? -Mixed-methods Evidence from Germany. *Health Policy (New York)* [Internet]. 2024 Oct;150:105193. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39488029/>
12. Guillaumes S, Hidalgo N, Bachero I, et al. Outpatient Inguinal Hernia Repair in Spain: A Population-Based Study of 1,163,039 Patients—Clinical and Socioeconomic Factors Associated with the Choice of Day Surgery. *Updates Surg* [Internet]. 2022 Oct;75(1):65–75. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36287386/>
13. French J, Deere K, Sayers A, et al. Day case hip and knee replacement in England: a population-based cohort study using linked National Joint Registry and Hospital Episode Statistics data. *BMC Med* [Internet]. 2025;23(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41088192/>
14. Censuswide. Survey of clinicians and hospital managers involved in day surgery (n=256). Field work was carried out between 2-22 April 2026. 2026.
15. Mölnlycke Healthcare. Outpatient surgery advisory board 7 May 2026. Data on file. 2026.
16. Zhang C, Shariq O, Bews K, et al. Outpatient Surgery Benchmarks and Practice Variation Patterns: Case Controlled Study. *Int J Surg* [Internet]. 2024 Mar;110(10):6297–305. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38526509/>
17. Morales-García D, García MZ, Lanza JCC, et al. DUCMA 2.0 Project: Update on the Current Situation of the Outpatient Surgery Units in Spain. *Cir Esp* [Internet]. 2024 Jan;102(3). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38224773/>
18. Berlin NL, Brownlee S, Yu E, et al. Growth of Ambulatory Surgery Centers More Likely in Higher-Resourced Counties with Lower Deprivation, 2014–2021. *Health Affairs Scholar* [Internet]. 2025 Oct;3(11). Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12596691/>
19. Pónusz R, Endrei D, Kovács D, et al. The Development of One-Day Surgical Care in Hungary Between 2010 and 2019. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2022 Jun;22. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9210767/>
20. International Association for Ambulatory Surgery. Day Surgery Handbook [Internet]. 2014. Available from: https://www.oegari.at/web_files/dateiarchiv/editor/day_surgery_manualLiaas.pdf
21. Hirs AA, Danielsen O, Varnum C, et al. Day-case hip and knee arthroplasty does not increase healthcare system contacts: a prospective multicenter study in a public healthcare setting. *Acta Orthop* [Internet]. 2025;96:265–71. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40099463/>
22. Mölnlycke Healthcare. Interview with Mr David Bunting. 1 April 2026. Data on file.
23. Royal College of Surgeons in Ireland. Model of Care for Elective Surgery [Internet]. 2014. Available from: <https://www.rcsi.com/surgery/>

practice/publications-and-guidelines

24. Ayyaz F, Joyner J, Cheetham M, et al. Association of Day-Case Rates with Post COVID-19 Recovery of Elective Laparoscopic Cholecystectomy Activity Across England. *Ann R Coll Surg Engl* [Internet]. 2024 Apr;107(1):54–60. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38563060/>
25. Wainwright T. The Current Status of Daycase Hip and Knee Arthroplasty Within the English National Health Service: A Retrospective Analysis of Hospital Episode Statistics Data. *Ann R Coll Surg Engl* [Internet]. 2021 Mar;103(5). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33739152/>
26. Danielsen O, Jensen CB, Varnum C, et al. Day-case success or why still in hospital after total hip, total knee, and medial unicompartmental knee arthroplasties? *Bone Jt Open* [Internet]. 2024;5(11):977–83. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39496281/>
27. French J, Deere K, Sayers A, et al. Trends in hip and knee replacement length of stay and patient demographics in England: a population-based study of 1,455,842 primary procedures. *BMC Med* [Internet]. 2025;23(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41088116/>
28. Ricciardi R, Seshadri-Kreaden U, Yankovsky A, et al. The COMPARE Study: Comparing Perioperative Outcomes of Oncologic Minimally Invasive Laparoscopic, da Vinci Robotic, and Open Procedures: A Systematic Review and Meta-analysis of the Evidence. *Ann Surg* [Internet]. 2025 May 1;281(5):748–63. Available from: https://journals.lww.com/annalsofsurgery/fulltext/2025/05000/the_compare_study_comparing_perioperative.8.aspx
29. Danielsen O, Varnum C, Jensen CB, et al. Implementation of Outpatient Hip and Knee Arthroplasty in a Multicenter Public Healthcare Setting. *Acta Orthop* [Internet]. 2024 May;95:219–24. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38715473/>
30. Wada S, Miyake M, Hata M, et al. Annual Trends of Ophthalmic Surgeries in Japan's Super-Aged Society, 2014–2020: A National Claims Database Study. *Sci Rep* [Internet]. 2023 Dec;13(1). Available from: <https://www.nature.com/articles/s41598-023-49705-x>
31. Kabata Y. Trends in Ophthalmic Surgery Among Older Patients in Japan (Fiscal Years 2018 to 2022): A National Claims Database Study on Surgical Shifts and the COVID-19 Pandemic's Impact. *Cureus* [Internet]. 2025 Jun;17(6). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40656271/>
32. Dey S, Gadde R, Sobti A, et al. The safety and efficacy of day-case total joint arthroplasty. *Ann R Coll Surg Engl* [Internet]. 2021;103(9). Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10335200/>
33. Hoffmann JD, Kusnezov NA, Dunn JC, et al. The Shift to Same-Day Outpatient Joint Arthroplasty: A Systematic Review. *J Arthroplasty* [Internet]. 2018 Apr 1;33(4):1265–74. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29224990/>
34. Rohi A, Olofsson M, Jakobsson J. Ambulatory Anesthesia and Discharge: An Update Around Guidelines and Trends. *Curr Opin Anaesthesiol* [Internet]. 2022 Oct;35(6):691–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36194149/>
35. Rajan N, Rosero E, Joshi G. Patient Selection for Adult Ambulatory Surgery: A Narrative Review. *Anesth Analg* [Internet]. 2021 Nov;133(6):1415–30. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34784328/>
36. Young SM, Osman B, Shapiro F. Safety considerations with the current ambulatory trends: more complicated procedures and more complicated patients. *Korean J Anesthesiol* [Internet]. 2023;76(5):400–12. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36912006/>
37. Courtney PM, Boniello AJ, Berger RA. Complications Following Outpatient Total Joint Arthroplasty: An Analysis of a National Database. *J Arthroplasty* [Internet]. 2017 May 1;32(5):1426–30. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28034481/>
38. Filipovic MG, Schwenker A, Luedi M, et al. Modern preoperative evaluation in ambulatory surgery – who, where and how? *Curr Opin Anaesthesiol* [Internet]. 2022;35:661–6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36194141/>
39. Hodgson JAB, Cyr KL, Sweitzer B. Patient Selection in Ambulatory Surgery. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol* [Internet]. 2023 Jan;37(3):357–72. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37938082/>
40. Bongiovanni T, Parzynski C, Ranasinghe I, et al. Unplanned hospital visits after ambulatory surgical care. *PLoS One* [Internet]. 2021;16(7). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34283840/>
41. Alharthi AA, Mohammed A, Jamil M, et al. Evaluation of Risk Factors for Unanticipated Hospital Admission Following Ambulatory Surgery – An Observational Study. *Saudi J Anaesth* [Internet]. 2022 Sep;16(4):419–22. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36337418/>
42. Ceban F, Yan E, Pivetta B, et al. Perioperative Adverse Events in Adult Patients with Obstructive Sleep Apnea Undergoing Ambulatory Surgery: An Updated Systematic Review and Meta-Analysis. *J Clin Anesth* [Internet]. 2024 May;96:111464. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38718686/>
43. Joshi G. Enhanced Recovery Pathways for Ambulatory Surgery. *Curr Opin Anaesthesiol* [Internet]. 2020 Sep;33(6):711–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33002957/>
44. Cukierman D, Cata J, Gan TJ. Enhanced Recovery Protocols for Ambulatory Surgery. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol* [Internet]. 2023 Apr;37(3):285–303. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37938077/>
45. Afonso A, McCormick P, Assel M, et al. Enhanced Recovery Programs in an Ambulatory Surgical Oncology Center. *Anesth Analg* [Internet]. 2021 Nov;133(6):1391–401. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34784326/>
46. Emery SL, Jeannot E, Dallenbach P, et al. Minimally Invasive Outpatient Hysterectomy for a Benign Indication: A Systematic Review. *J Gynecol Obstet Hum Reprod* [Internet]. 2024 May;53(8):102804. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38797369/>

47. Fang L, Wang Q, Xu Y. Postoperative Discharge Scoring Criteria After Outpatient Anesthesia: A Review of the Literature. *J Perianesth Nurs* [Internet]. 2023 Jan;38(4). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36670045/>
48. Philteos J, Baran E, Noel CW, et al. Feasibility and Safety of Outpatient Thyroidectomy: A Narrative Scoping Review. *Front Endocrinol (Lausanne)* [Internet]. 2021;12. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34394008/>
49. Shah S, Qureshi F, Stanley S, et al. Unplanned Hospital Admissions Within 24 h After 53,185 Surgical Procedures at a U.S. Ambulatory Surgery Center. *Perioperative Medicine* [Internet]. 2024 Aug;13(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39138487/>
50. Sun W, Wu F, Du Y, et al. Construction of the whole-process nursing service system for day surgery patient based on the Kano model: A pilot cluster randomized controlled trial. *Digit Health* [Internet]. 2024;10. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39372810/>
51. McGillion M, Parlow J, Borges F, et al. Post-Discharge After Surgery Virtual Care with Remote Automated Monitoring-1 (PVC-RAM-1) Technology Versus Standard Care: Randomised Controlled Trial. *The BMJ* [Internet]. 2021 Sep;374(30). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34593374/>
52. Simon B, Assel M, Tin A, et al. Association Between Electronic Patient Symptom Reporting With Alerts and Potentially Avoidable Urgent Care Visits After Ambulatory Cancer Surgery. *JAMA Surg* [Internet]. 2021 Jun;156(8). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34076691/>
53. Pinto J, Matias A, Sá L, et al. Quality Indicators in Ambulatory Care Surgery: A Scoping Review. *Nurs Econ* [Internet]. 2022;40(5). Available from: <https://www.proquest.com/openview/8bef025f13ceedcd7278991ba3a6a6/1?pq-origsite=gscholar&cbl=30765>
54. Alder CC, Bronsert MR, Meguid R, and Stuart CM, et al. Preoperative Risk Factors and Postoperative Complications Associated with Mortality After Outpatient Surgery in a Broad Surgical Population: An Analysis of 2.8 Million ACS-NSQIP Patients. *Surgery* [Internet]. 2023 Jun;174(3). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37290998/>
55. GIRFT. Day Case First: National Day Surgery Delivery Pack [Internet]. 2024. Available from: <https://www.gettingitrightfirsttime.co.uk/wp-content/uploads/2024/09/National-Day-Surgery-Delivery-Pack-V2.0-September-2024.pdf>
56. Mölnlycke Healthcare. Interview with Mr Bjarne Skjødt Hjaltalin. 30 April 2026. Data on file.
57. Thoen CW, Sæle M, Strandberg RB, et al. Patients' experiences of day surgery and recovery: A meta-ethnography. *Nurs Open* [Internet]. 2024 Jan 1;11(1):e2055. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/nop2.2055>
58. Larsson F, Strömbäck U, Rysst Gustafsson S, et al. Postoperative Recovery: Experiences of Patients Who Have Undergone Orthopedic Day Surgery. *Journal of Perianesthesia Nursing* [Internet]. 2022 Aug 1;37(4):515–20. Available from: <https://www.jopan.org/action/showFullText?pii=S1089947221003610>
59. Rajan N. The high-risk patient for ambulatory surgery. *Curr Opin Anaesthesiol* [Internet]. 2020;33(6):724–31. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33093300/>
60. Owens PL, Barrett ML, Raetzman S, et al. Surgical Site Infections Following Ambulatory Surgery Procedures. *JAMA* [Internet]. 2014 Feb 19;311(7):709–16. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/1829988>
61. Linsenmeyer K, Branch-Elliman W, Kalver E, et al. Surgical Site Infections in Outpatient Surgeries: Less Invasive Procedures Contribute Substantially to the Overall Burden. *Infect Control Hosp Epidemiol* [Internet]. 2019 Oct 1;40(10):1191. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7328464/>
62. Tsai TC, Brownlee S, Dai D, et al. Disparities in Access to Outpatient Surgery Related to Removal of Procedures From Medicare's Inpatient-only List. *Ann Surg* [Internet]. 2024 Apr;281(5):779–86. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38660795/>
63. Chen AT, Saynisch PA, Song H, et al. Inpatient to Outpatient Shifts in Surgical Care: Persistence of COVID-19 Era Changes and Socioeconomic Variations. *Medical Care Research and Review* [Internet]. 2025 Dec;83(2):156–64. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/10775587251396718>
64. Theiss LM, Wood L, Shao C, et al. Disparities in Perioperative Use of Patient Engagement Technologies - Not All Use is Equal. *Ann Surg* [Internet]. 2023 Jan 1;277(1):E218–25. Available from: https://journals.lww.com/annalsofsurgery/fulltext/2023/01000/disparities_in_perioperative_use_of_patient.57.aspx
65. Janeway MG, Sanchez SE, Chen Q, et al. Association of Race, Health Insurance Status, and Household Income With Location and Outcomes of Ambulatory Surgery Among Adult Patients in 2 US States. *JAMA Surg* [Internet]. 2020 Dec 1;155(12):1123–31. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jamasurgery/fullarticle/2770165>
66. Rajala M, Kääriäinen M, Tanhua A, et al. Patients' Perspectives on Postoperative FollowUp Calls in Day Surgery: A Qualitative Study. *Scand J Caring Sci* [Internet]. 2025 Sep 1;39(3):e70077. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12209737/>
67. Joo H, Fernández A, Wick EC, et al. Association of Language Barriers With Perioperative and Surgical Outcomes: A Systematic Review. *JAMA Netw Open* [Internet]. 2023 Jul 3;6(7):e2322743–e2322743. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2807136>
68. Luan-Erfe BM, Erfe JM, Decaria B, et al. Limited English Proficiency and Perioperative Patient-Centered Outcomes: A Systematic Review. *Anesth Analg* [Internet]. 2023 Jun 1;136(6):1096–106. Available from: https://journals.lww.com/anesthesia-analgesia/fulltext/2023/06000/limited_english_proficiency_and_perioperative.13.aspx

69. Dai X, Ryan MA, Clements AC, et al. The Effect of Language Barriers at Discharge on Pediatric Adenotonsillectomy Outcomes and Healthcare Contact. *Annals of Otolaryngology & Laryngology* [Internet]. 2021 Jul 1;130(7):833–9. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0003489420980176>
70. Wu C, Lin K, Fan Q, et al. The effect of health literacy on early postoperative recovery of patients undergoing outpatient surgery. *Technology and Health Care* [Internet]. 2024 Mar 14;32(2):1091–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38073342/>
71. Maria J, Wångdahl J, Karuna D. Health literacy friendly organizations – A scoping review about promoting health literacy in a surgical setting. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2024 Aug 1;125:108291. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738399124001587>
72. Clarke G. Surgical hubs: key to tackling hospital waiting lists? [Internet]. 2024. Available from: <https://www.health.org.uk/features-and-opinion/blogs/surgical-hubs-key-to-tackling-hospital-waiting-lists>
73. Jain S, Rosenbaum PR, Reiter JG, et al. Assessing the Ambulatory Surgery Center Volume–Outcome Association. *JAMA Surg* [Internet]. 2024 Apr 1;159(4):397–403. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jamasurgery/fullarticle/2814240>
74. Pace D, Hounsell C, Boone D. Ambulatory surgery centres: a potential solution to a chronic problem. *Canadian Journal of Surgery* [Internet]. 2023 Mar 17;66(2):E111. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9998099/>
75. Mölnlycke Healthcare. Interview with Professor Tim Briggs. 23 April 2026. Data on file.
76. Muramatsu N, Liang J. Hospital length of stay in the United States and Japan: a case study of myocardial infarction patients. *Int J Health Serv* [Internet]. 1999;29(1):189–209. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10079404/>
77. Kessels RPC. Patients’ memory for medical information. *J R Soc Med* [Internet]. 2003 May 1;96(5):219. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC539473/>
78. Mölnlycke Healthcare. Interview with Professor Karine Nouette-Gaulain. 10 April 2026. Data on file.
79. National Institute for Health and Care Excellence. Surgical site infections: prevention and treatment. NICE Guidance [Internet]. 2019; Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng125>
80. WHO. Global guidelines for the prevention of surgical site infection [Internet]. 2018. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550475>
81. Berriós-Torres SI, Umscheid CA, Bratzler DW, et al. Centers for Disease Control and Prevention Guideline for the Prevention of Surgical Site Infection, 2017. *JAMA Surg* [Internet]. 2017 Aug 1;152(8):784–91. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jamasurgery/fullarticle/2623725>
82. Brown EG, Burgess D, Li CS, et al. Hospital readmissions: necessary evil or preventable target for quality improvement. *Ann Surg* [Internet]. 2014;260(4):583–91. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25203874/>
83. Gan TJ, Belani KG, Bergese S, et al. Fourth Consensus Guidelines for the Management of Postoperative Nausea and Vomiting. *Anesth Analg* [Internet]. 2020 Aug 1;131(2):411–48. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32467512/>
84. Apfelbaum JL, Silverstein JH, Chung FF, et al. Practice guidelines for postanesthetic care: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Postanesthetic Care. *Anesthesiology* [Internet]. 2013 Feb;118(2):291–307. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23364567/>
85. Centre for Perioperative Care & GIRFT. National Day Surgery Delivery Pack [Internet]. 2020. Available from: <https://www.cpop.org.uk/sites/cpop/files/documents/2020-09/National%20Day%20Surgery%20Delivery%20Pack.Sept2020.final.pdf>
86. Kumar N, Miocinovic R, Beris TD, et al. Comparison of same-day discharge robotic-assisted radical prostatectomy in an ambulatory surgery center versus hospital setting. *J Robot Surg* [Internet]. 2026 Dec 1;20(1):48–. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11701-025-03014-9>
87. Kuwornu JP, Brain D, Ng KS, et al. Cost-Effectiveness of Day Surgery With Remote Patient Monitoring for Acute Cholecystitis: Economic Modeling Study. *JMIR Perioper Med* 2025;8:e76807 <https://periop.jmir.org/2025/1/e76807> [Internet]. 2025 Oct 20;8(1):e76807. Available from: <https://periop.jmir.org/2025/1/e76807>
88. Britteon P, Kristensen S, Lau YS, et al. Spillover Effects of Financial Incentives for Providers onto Non-Targeted Patients: Daycase Surgery in English Hospitals. *Health Econ Policy Law* [Internet]. 2023 May;18(3):1–16. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37190849/>
89. Valentelyte G, Keegan C, Sørensen J. Hospital Response to Activity-Based Funding and Price Incentives: Evidence from Ireland. *Health Policy (New York)* [Internet]. 2023 Sep;137:104915. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37741112/>

Anhang

Fragen der Umfrage

Frage 1

Wie oft, wenn überhaupt, tritt in Ihrer täglichen Arbeit jede der folgenden Situationen auf?

	Immer	Häufig	Manchmal	Gelegentlich	Nie	Ich weiß es nicht / trifft nicht zu	Keine Angabe
Eingriffe, die sicher ambulant durchgeführt werden könnten, werden stattdessen stationär durchgeführt	7%	22%	30%	32%	8%	1%	1%
Der Druck, ambulante Operationsraten zu steigern, wirkt sich negativ auf die Entscheidungen bei der Patientenauswahl aus	7%	22%	30%	28%	12%	1%	0%
Patienten werden aus der ambulanten Einrichtung entlassen, wenn ich nicht davon überzeugt bin, dass sie dazu bereit sind	9%	16%	24%	32%	18%	1%	0%
Patienten werden aus der ambulanten Einrichtung entlassen, ohne dass eine angemessene Unterstützung für die Genesung zu Hause gewährleistet ist	4%	19%	28%	27%	22%	0%	0%
Patienten, die für eine ambulante Operation in Frage kommen, müssen aufgrund fehlender OP-Kapazitäten verschoben werden	7%	25%	33%	24%	10%	1%	0%

N: Chirurg:innen, Anästhesist:innen, OP-Pflegekräfte

	Immer	Häufig	Manchmal	Gelegentlich	Nie	Ich weiß es nicht / trifft nicht zu	Keine Angabe
Die geplante Ausweitung der ambulanten Versorgung verzögert sich aufgrund fehlender Einrichtungen oder Investitionen	9%	19%	34%	26%	11%	0%	1%
Druck seitens Kostenträgern, Aufsichtsbehörden oder nationaler Vorgaben zur Steigerung der ambulanten Operationsraten	9%	20%	34%	32%	3%	0%	1%

N: OP-Leitende, Beschaffungsabteilung oder Krankenhausleitung (108)

	Immer	Häufig	Manchmal	Gelegentlich	Nie	Ich weiß es nicht / trifft nicht zu	Keine Angabe
Schwierigkeiten bei der Personalbeschaffung oder -bindung für Stellen in der ambulanten Versorgung	10%	27%	33%	23%	5%	0%	1%

N: OP-Leitende oder Krankenhausleitung (73)

	Immer	Häufig	Manchmal	Gelegentlich	Nie	Ich weiß es nicht / trifft nicht zu	Keine Angabe
Verzögerungen bei der Beschaffung oder Verfügbarkeit von Ausrüstung und Verbrauchsmaterialien für ambulante Operationen	9%	14%	20%	43%	14%	0%	0%

N: Beschaffung (35)

	Immer	Häufig	Manchmal	Gelegentlich	Nie	Ich weiß es nicht / trifft nicht zu	Keine Angabe
Ambulante Operationstermine werden aufgrund betrieblicher Einschränkungen abgesagt oder verkürzt	8%	21%	39%	27%	5%	0%	0%

N: Alle (256)

Frage 2

Wie würden Sie die folgenden Aspekte in Ihrem derzeitigen Umfeld bewerten?

	Sehr schlecht	Eher schlecht	Weder schlecht noch gut	Ziemlich gut	Sehr gut	Ich weiß es nicht / trifft nicht zu
Ausbildung und Vorbereitung des Personals auf ambulante Eingriffe	2%	12%	17%	36%	31%	1%
Standardisierung der Abläufe und Protokolle in der ambulanten Versorgung	3%	9%	18%	44%	27%	0%
Vorabuntersuchung und Patientenauswahlverfahren für die ambulante Versorgung	5%	11%	22%	36%	27%	0%
Für ambulante Eingriffe verfügbare Räumlichkeiten und Ausrüstung	2%	11%	17%	41%	29%	1%
Wohlbefinden und Arbeitsbedingungen des Personals in der ambulanten Versorgung im Vergleich zur stationären Arbeit	5%	8%	22%	38%	28%	0%
Verfügbarkeit von Kapazitäten für die postoperative Genesung und Entlassung	4%	10%	24%	38%	24%	0%

N: Alle (256)

Frage 3

Wenn Sie an geeignete Patienten und Verfahren denken – basierend auf Ihrer eigenen Erfahrung oder Ihrem Verständnis –, in welchem Umfeld, wenn überhaupt, werden Ihrer Meinung nach bei jedem der folgenden Punkte bessere Ergebnisse erzielt?

	Deutlich besser in der ambulanten Versorgung	Etwas besser in der ambulanten Versorgung	Etwa gleich	Etwas besser bei stationärer Behandlung	Deutlich besser bei stationärer Behandlung	Weiß nicht
Chirurgische Komplikationsraten und postoperative Infektionen	11%	30%	30%	19%	9%	1%
Raten ungeplanter Wiederaufnahmen oder erneuter Krankenhauseinweisungen	11%	29%	30%	21%	7%	2%
Von Patienten berichtete Schmerzen und Erfahrungen mit der Genesung	12%	26%	30%	20%	10%	1%
Geringere Gesamtkosten im Gesundheitswesen sowohl für Krankenhäuser als auch für Kostenträger	22%	28%	24%	15%	9%	2%
Reduzierte anästhesiebedingte Nebenwirkungen	11%	32%	29%	18%	9%	0%
Höherer Patientendurchsatz und höhere betriebliche Effizienz für Operationsteams	11%	35%	25%	18%	10%	1%

N: Alle (256)

Frage 4

Inwieweit sehen Sie in den folgenden Fachgebieten ungenutztes Potenzial für ambulante Operationen –d. h. in welchen Bereichen könnten realistischere mehr Eingriffe ambulant durchgeführt werden, was derzeit jedoch nicht der Fall ist?

Fachgebiet	Kein ungenutztes Potenzial	Ein gewisses ungenutztes Potenzial	Erhebliches ungenutztes Potenzial	Ich weiß es nicht / für meine Tätigkeit nicht relevant
Orthopädie	16%	43%	34%	8%
Allgemeinchirurgie	16%	48%	32%	4%
Augenheilkunde	14%	46%	31%	9%
Gynäkologie	18%	47%	27%	8%
Urologie	19%	45%	27%	9%
HNO	19%	42%	27%	12%
Plastische/rekonstruktive Chirurgie	12%	45%	34%	9%
Kardiologie (z. B. kathetergestützte Eingriffe)	21%	38%	32%	9%

N: Alle (256)

Frage 5

Welche Faktoren, wenn überhaupt, treiben in Ihrem Umfeld den Trend zur ambulanten Versorgung am stärksten voran? (Wählen Sie bis zu 3 aus)

	Alle
Verbesserungen bei Operationstechniken und Genesungsprotokollen	36%
Der Wunsch der Patienten nach Entlassung am selben Tag und Genesung zu Hause	30%
Verringerung des Risikos für nosokomiale Infektionen und Verbesserung der Patientensicherheit	27%
Kosten- oder Budgetdruck	27%
Nationale oder regionale Ziele des Gesundheitssystems für ambulante Fallzahlen	26%
Kapazitätsdruck als Treiber für Durchsatzziele	25%
Abbau von Wartelisten oder Rückständen bei elektiven Eingriffen	25%
Aufbau spezieller ambulanter oder chirurgischer Zentren	24%
Druck zur Effizienzsteigerung im OP-Bereich	22%
Änderungen bei Richtlinien, Vorschriften oder Erstattungsregelungen	21%
Ich weiß es nicht	0%
Sonstiges, bitte näher erläutern	0%

N: Alle (256)

Frage 6

Wo ordnen Sie sich zwischen den jeweiligen Aussagen ein?

Aussage auf der linken Seite	Ich stimme der Aussage auf der linken Seite voll und ganz zu	Ich stimme der Aussage auf der linken Seite eher zu	Weder noch / gleich	Ich stimme der Aussage auf der rechten Seite eher zu	Stimme der Aussage auf der rechten Seite voll und ganz zu	Aussage auf der rechten Seite
Die ambulante Versorgung wird von Fachkräften als attraktiver, hochwertiger Arbeitsbereich angesehen	15%	29%	25%	22%	9%	Die ambulante Versorgung wird von Fachkräften als weniger prestigeträchtig oder weniger komplex als die stationäre Versorgung angesehen
Die ambulante Versorgung ermöglicht eine bessere Teamarbeit und Koordination über verschiedene Rollen hinweg	13%	29%	23%	23%	11%	Die ambulante Versorgung erschwert effektive Teamarbeit
Das klinische Personal hat einen bedeutenden Einfluss darauf, wie ambulante Abläufe gestaltet werden	14%	26%	23%	27%	10%	Ambulante Abläufe werden weitgehend nicht von dem Personal gestaltet, das sie durchführt
Die ambulante Versorgung funktioniert am besten, wenn sie in einer speziellen Abteilung mit einem eigenen Team durchgeführt wird	16%	29%	21%	24%	10%	Die ambulante Versorgung funktioniert innerhalb bestehenden OP-Strukturen gut
Entscheidungen darüber, welche Fälle ambulant geeignet sind, werden gemeinsam von klinischen und administrativen Teams getroffen	13%	25%	27%	24%	12%	Entscheidungen darüber, welche Fälle ambulant geeignet sind, werden von einer einzelnen Gruppe ohne ausreichende Einbindung anderer getroffen
Die Arbeitsbelastung und das Tempo in der ambulanten Versorgung sind gut bewältigbar und nachhaltig	12%	24%	27%	25%	13%	Die Arbeitsbelastung und das Tempo in der ambulanten Versorgung setzen das Personal übermäßig unter Druck

N: Alle (256)

Frage 7

Was würde, wenn überhaupt, den größten praktischen Unterschied für die Ausweitung der ambulanten Versorgung in Ihrem Umfeld ausmachen? (Wählen Sie bis zu 3 Antworten aus)

	Alle
Aufklärung der Patienten, um die Erwartungen hinsichtlich der ambulanten Operation und der Genesung zu Hause anzupassen	34%
Speziell für die ambulante Versorgung konzipierte Einrichtungen oder Operationszentren	32%
Digitale Tools, die den Verwaltungsaufwand reduzieren und dem Personal einen schnelleren Zugriff auf die benötigten Informationen ermöglichen	32%
Bessere Anästhesieprotokolle für eine schnelle Genesung (z. B. Regionalanästhesie, kurz wirksame Anästhetika)	30%
Standardisierte klinische Behandlungsabläufe und verfahrensspezifische Protokolle	27%
Spezifische Schulungsprogramme für Teams in der ambulanten Versorgung	27%
Bessere Daten und Benchmarking zu den Ergebnissen der ambulanten Versorgung	26%
Deutlichere finanzielle Anreize, Patienten ambulant zu behandeln	25%
Besser konzipierte Instrumente und Geräte für ambulante Eingriffe	23%
Ich weiß es nicht	1%
Sonstiges, bitte näher erläutern	0%

N: Alle (256)

Frage 8

Was sind Ihrer Erfahrung nach die Hauptgründe, wenn überhaupt, warum ein Grenzfall nicht als ambulante Operation durchgeführt wird? (Wählen Sie bis zu 3 aus)

	Alle
Gesundheitszustand des Patienten, Begleiterkrankungen oder Komplexität des Eingriffs	43%
Die häuslichen Umstände des Patienten (lebt allein, Entfernung zum Krankenhaus, Verfügbarkeit von Pflegepersonal)	38%
Fehlen einer geeigneten Einrichtung für ambulante Operationen oder fehlende Kapazitäten	33%
Bedenken hinsichtlich der Betreuung nach der Entlassung oder der Eskalation im Falle von Komplikationen	32%
Präferenz des Chirurgen oder Anästhesisten, den Patienten stationär zu behalten	32%
Mangel an geeignetem Personal für die ambulante Versorgung	26%
Wunsch des Patienten nach einer Übernachtung	24%
Kein etablierter ambulanter Ablauf für diesen Eingriff	23%
Sonstiges, bitte angeben	0%
Ich weiß es nicht	0%

N: Chirurg:innen, Anästhesist:innen, OP-Pflegekräfte, OP-Leitende (180)

Frage 8a

Was würde Ihr Vertrauen in die Ausweitung der ambulanten Versorgung in Ihrer Einrichtung am meisten stärken, wenn überhaupt? (Wählen Sie bis zu 3 aus)

	Alle
Standardisierte OP-Sets, die die Vorbereitungszeit verkürzen und Abweichungen zwischen den einzelnen Fällen reduzieren	42%
Bessere Protokolle zur postoperativen Wundversorgung für Patienten, die sich zu Hause erholen	38%
Lösungen zur Infektionsprävention, die speziell für ambulante Kliniken mit hohem Patientendurchsatz entwickelt wurden	36%
Schulungs- und Weiterbildungsprogramme zum Aufbau von Kompetenzen im Bereich der ambulanten Versorgung in allen Teams	36%
Evidenz und Benchmarking-Daten zu den Ergebnissen der ambulanten Versorgung nach Eingriffstyp	30%
Unterstützung bei der Neugestaltung von Behandlungsabläufen zur Reduzierung nicht wertschöpfender Tätigkeiten und zur Verbesserung der Effizienz im OP-Bereich	30%
Digitale Tools zur Optimierung des Materialmanagements, der Arbeitsabläufe am Operationstag und der Einblicke in die Aktivitäten	21%
Nachhaltige Lösungen, die Abfall reduzieren, ohne die Sicherheit zu beeinträchtigen	21%
Ich weiß es nicht	1%
Sonstiges, bitte näher erläutern	0%

N: Alle (256)

Frage 9

Wie wichtig sind Ihnen die folgenden Aspekte bei der Auswahl eines Anbieters oder Lösungspartners für Produkte und Dienstleistungen im Bereich der ambulanten Versorgung, falls überhaupt?

	Überhaupt nicht wichtig	Nicht wichtig	Etwas wichtig	Sehr wichtig	Ich weiß es nicht / nicht relevant für meine Rolle
Konsistente, hochwertige Produkte, auf die sich klinische Teams verlassen können	4%	8%	36%	51%	2%
Zuverlässige Versorgung und Verfügbarkeit bei Bedarf	3%	13%	34%	50%	1%
Reaktionsschneller Service und Support seitens des Anbieters	2%	13%	44%	41%	0%
Produkte und Lösungen, die die Effizienz im OP verbessern und die Vorbereitungszeit verkürzen	3%	10%	41%	45%	1%
Evidenz und Daten zur Unterstützung klinischer und beschaffungsbezogener Entscheidungen	2%	11%	45%	41%	2%
Ausbildung, Fortbildung und Aufbau klinischer Kompetenzen	3%	8%	30%	57%	2%
Nachhaltige Produkte und Verpackungen, die Umweltziele unterstützen	2%	14%	41%	41%	2%
Möglichkeit zur individuellen Anpassung und Standardisierung von OP-Sets für bestimmte Behandlungsabläufe	2%	11%	43%	43%	1%

N: Alle (256)

Frage 10

Welche Veränderungen, wenn überhaupt, erwarten Sie in den nächsten 2-3 Jahren in Ihrem Umfeld in den folgenden Bereichen?

	Deutlicher Rückgang	Leichter Rückgang	Weder Rückgang noch Anstieg	Leichter Anstieg	Deutlicher Anstieg	Ich weiß es nicht
Anzahl der ambulanten Eingriffe	2%	9%	27%	33%	30%	0%
Anteil der ambulant durchgeführten Eingriffe	1%	11%	27%	42%	18%	1%
Investitionen in spezielle Einrichtungen oder Ausstattung für die ambulante Versorgung	2%	12%	18%	41%	26%	1%
Einführung standardisierter Abläufe und Protokolle für die ambulante Versorgung	3%	12%	20%	41%	24%	0%
Reduzierte anästhesiebedingte Nebenwirkungen	11%	32%	29%	18%	9%	0%
Höherer Patientendurchsatz und höhere betriebliche Effizienz für Operationsteams	11%	35%	25%	18%	10%	1%

N: Alle (256)



David Bunting

Facharzt für Chirurgie des oberen Gastrointestinaltrakts und der Bauchwandrekonstruktion, North Devon District Hospital Vorstandsmitglied der International Association of Ambulatory Surgery, ehemaliger Präsident der British Association of Day Surgery, Vereinigtes Königreich

1. April 2026

Interviews

Fragen:

- + Aus Ihrer Perspektive als praktizierender Chirurg und als nationaler Vorreiter im Bereich ambulanter Operationen: Was sind die Hauptgründe dafür, dass es einigen Regionen des Vereinigten Königreichs gelungen ist, die ambulante Versorgung erfolgreich auszubauen, während andere noch hinterherhinken?
- + Insbesondere in der Chirurgie des oberen Gastrointestinaltrakts und der Bauchwand: Wo sehen Sie in den nächsten Jahren das größte Potenzial, weitere Behandlungen sicher in den ambulanten Bereich zu verlagern?
- + Was sind die wichtigsten Merkmale bei der Gestaltung von Behandlungsabläufen oder Dienstleistungen, die dafür sorgen, dass die ambulante Versorgung in der Praxis gut funktioniert, insbesondere im unter Druck stehenden NHS?
- + Da die ambulante Versorgung auf komplexere Eingriffe und Patientengruppen ausgeweitet wird, wie sollte die Patientenauswahl gestaltet werden, ohne dabei zu risikoscheu zu werden?
- + Wie wichtig sind Innovationen und Technologien wie minimalinvasive Verfahren, robotergestützte Chirurgie, verbesserte Schmerztherapie und digitale Nachsorge, um die nächste Phase der ambulanten Versorgung in Großbritannien zu ermöglichen?
- + Was sind Ihrer Meinung nach die am besten übertragbaren Erkenntnisse aus den britischen Erfahrungen für Gesundheitssysteme außerhalb Großbritanniens, die die ambulante Versorgung ausbauen möchten und was sollte nicht einfach ohne Anpassung kopiert werden?



Prof. Dr. med. Karine Nouette-Gaulain, PhD

Leiterin der Abteilung für Anästhesie, Intensivmedizin und perioperative Medizin, Kinderkrankenhaus und Entbindungsstation „Aliénor d'Aquitaine“, Universitätsklinikum Bordeaux (CHU de Bordeaux)

10. April 2026

Fragen:

- + Wie haben sich Ihrer Erfahrung nach die Modelle der ambulanten Versorgung in Frankreich in den letzten Jahren entwickelt und welche Veränderungen erscheinen Ihnen heute am prägendsten?
- + Welche sind im französischen Gesundheitssystem die wichtigsten klinischen, organisatorischen oder systemischen Faktoren, die den beschleunigten Übergang zu Operationsabläufen mit Entlassung am selben Tag erklären?
- + Inwieweit ist für die Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung eine stärkere Priorisierung spezialisierter Infrastruktur und geschützter Kapazitäten erforderlich, um den kontinuierlichen Wettbewerb zwischen elektiven Eingriffen und Notfallbehandlungen um OP-Zeit und klinische Ressourcen zu vermeiden?
- + Welche Fortschritte waren aus Sicht der Anästhesie und Intensivmedizin am entscheidendsten, um die Entlassung am selben Tag für eine wachsende Zahl von Patient:innen und Eingriffen sicherer und zuverlässiger zu machen?



Prof. Tim Briggs

GIRFT-Programmleiter und Nationaldirektor
für klinische Verbesserung und elektive
Genesung, NHS England

23. April 2026

Fragen:

- + Was sind aus Sicht der nationalen Politik Ihrer Meinung nach die wirksamsten Hebel, um die Rate der ambulanten Operationen im gesamten NHS zu erhöhen, insbesondere bei Eingriffen, bei denen die Unterschiede zwischen den Trusts nach wie vor groß sind?
- + Welche sind Ihrer Erfahrung mit GIRFT zufolge die größten Hindernisse, die Krankenhäuser daran hindern, geeignete Eingriffe in die ambulante Versorgung zu verlagern, selbst wenn klinische Erkenntnisse diesen Ansatz stützen?
- + Inwieweit hängt die Verringerung der Unterschiede bei ambulanten Operationsraten Ihrer Ansicht nach von einer klaren nationalen Strategie ab und welche Rolle spielt dabei die Führung auf Ebene einzelner Krankenhäuser oder des Gesundheitssystems insgesamt?
- + Inwieweit unterstützen die derzeitigen Finanzierungsmodelle, Anreizstrukturen und Leistungsvorgaben Krankenhäuser dabei, ambulante Eingriffe und ambulante Versorgungspfade im Rahmen des Abbaus von Wartelisten und der Wiederherstellung der elektiven Versorgung zu priorisieren?
- + Da sich die Versorgung zunehmend in Richtung ambulante Modelle verlagert, wie sollten politische Entscheidungsträger und klinische Führungskräfte die Genesung zu Hause betrachten? Und was muss vorhanden sein, um sicherzustellen, dass Patient:innen nach der Entlassung sicher und einheitlich betreut werden?
- + Welche weiteren politischen Änderungen oder nationalen Prioritäten würden mit Blick auf die Zukunft den größten Einfluss darauf haben, dass hochwertige ambulante Operationen und die Genesung zu Hause im gesamten NHS zur Norm werden?
- + Wo sehen Sie angesichts Ihrer Erfahrung in der Orthopädie die größten Chancen für die Ausweitung ambulanter Eingriffe und welche Erkenntnisse könnte die Orthopädie dem gesamten Gesundheitssystem bieten?



Dr. med. Bjarne Skjødt Hjaltalin,
MPG

Chefarzt der Abteilung für ambulante
Operationen, Krankenhäuser Amager und
Hvidovre

30. April 2026

Fragen:

- + Welche klinischen Sicherheitsvorkehrungen halten Sie angesichts Ihrer Erfahrung in den Bereichen Anästhesiologie, Intensivmedizin und Notfallversorgung für die wichtigsten, um ambulante Eingriffe sicher auszubauen?
- + Was waren Ihrer Erfahrung nach die größten Hindernisse für den Ausbau der ambulanten Versorgung in Ihrem Krankenhaus?
- + Was sind Ihrer Erfahrung nach die wichtigsten Faktoren, die den Fortschritt Dänemarks im Bereich der ambulanten Versorgung unterstützt haben?
- + Wenn Sie speziell auf Dänemark blicken: Welche Trends werden Ihrer Meinung nach die Zukunft der ambulanten Versorgung in den nächsten fünf bis zehn Jahren prägen?
- + Welche Erkenntnisse aus den Erfahrungen Dänemarks sind aus Ihrer Sicht für andere europäische Gesundheitssysteme besonders relevant, insbesondere vor dem Hintergrund Ihrer Rolle bei der Gestaltung der nordischen Strategie für die ambulante Versorgung?

Der Bericht „Reimagining Day Surgery“ wurde von einer Gruppe klinischer Experten im Rahmen einer 120-minütigen Sitzung geprüft und diskutiert. Diese fand am Donnerstag, dem 7. Mai, zwischen 17:00 und 19:00 Uhr BST über Microsoft Teams statt.

Advisory board

Teilnehmer:innen:



Vorsitzender: Chris Hopson

Ehemaliger Chief Strategy Officer des NHS England



Professor Jaideep Pandit

Lehrstuhlinhaber und Professor für Anästhesiologie, Universität Oxford, Vereinigtes Königreich



Laurens Van Houte

Leiter der chirurgischen Abteilung, Medisch Spectrum Twente, Niederlande



Daniela Matos

Leitende Krankenschwester, Unidade Local de Saúde de Santo António, Portugal



Dr. Jarosław J. Fedorowski

Präsident des Polnischen Krankenhausverbands (PFSz), Polen



Jaana Perttunen

Präsidentin der European Operating Room Nurses Association (EORNA), Finnland



Dr. Shaan Chhabra

Leiter für Transformation und Prozessoptimierung am Newham Hospital, Barts Health NHS Trust, Vereinigtes Königreich



Dr. Francesco Venneri

Direktor, Zentrum für klinisches Risikomanagement und Patientensicherheit, Region Toskana, Italien

Tagesordnung für die Diskussion

Tagesordnungspunkt	Beschreibung
Begrüßung und Vorstellungsrunde	Überblick über die Ziele und die Tagesordnung der Sitzung; Vorstellung der Mitglieder des Advisory Boards.
Abschnitt 1 A: Ambulante Versorgung in meinem Gesundheitssystem	Die Teilnehmer:innen geben einen dreiminütigen Überblick über den aktuellen Stand der ambulanten Versorgung in ihrem Land bzw. Gesundheitssystem. Ziel ist es, einen schnellen Vergleich darüber zu ermöglichen, wie ambulante Operationen derzeit in verschiedenen Kontexten definiert, durchgeführt und priorisiert werden sowie die wichtigsten Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen den Systemen zu identifizieren.
Abschnitt 1 B: Reflexionen zu den Vorträgen	Diskutieren Sie die gemeinsamen Themen, Unterschiede und Implikationen für den Bericht. Der Zweck dieser Sitzung besteht darin, die wichtigsten Muster zu identifizieren, die sich systemübergreifend abzeichnen und festzulegen, welche Themen im Abschlussbericht besonders hervorgehoben werden sollten. Fragen zur Diskussion: 1. Was waren die wichtigsten Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen den vorgestellten Gesundheitssystemen, und was sagen diese über die Hindernisse sowie fördernden Faktoren der ambulanten Versorgung aus? 2. Welche Themen, Beispiele oder Erkenntnisse aus den Präsentationen sollten im Bericht stärker zum Ausdruck kommen?
Abschnitt Zwei: Reflexionen zum Bericht	Gruppendiskussion zur Reflexion über den Berichtsentwurf und zur Beurteilung, ob dieser die Möglichkeiten der ambulanten Versorgung in den verschiedenen Gesundheitssystemen zutreffend darstellt. Fragen zur Diskussion: 1. Wird das Potenzial und die Bedeutung der ambulanten Versorgung im Bericht klar zum Ausdruck gebracht? 2. Schafft der Bericht ein ausgewogenes Verhältnis zwischen der Darstellung der ambulanten Versorgung als Chance und der Anerkennung praktischer Einschränkungen? 3. Spiegelt der Bericht die folgenden Herausforderungen zutreffend wider? Überlegen Sie, inwiefern sich dies auf Ihr eigenes Gesundheitssystem auswirkt, falls dies im Bericht nicht ausdrücklich angesprochen wird. + Bettenengpässe + Personalmangel + Effizienz der OP-Abläufe + Rückstau bei elektiven Eingriffen + Finanzielle Engpässe + Alles, was Ihrer Meinung nach noch fehlt
Abschnitt 3:	In dieser Sitzung wird geprüft, ob sich der Bericht auf die richtigen Verfahren, Fachgebiete und Möglichkeiten zur Ausweitung der ambulanten Versorgung konzentriert. Es soll geprüft werden, ob das vorgeschlagene Priorisierungsrahmenwerk die tatsächliche Praxis in verschiedenen Gesundheitssystemen widerspiegelt und ob wichtige Fachgebiete, Verfahren oder aufkommende Trends derzeit im Entwurf fehlen. Die Gruppe sollte prüfen, wo die größten Chancen für einen raschen Kapazitätsausbau bestehen, wo die Fortschritte langsamer als erwartet verlaufen sind und welche Bereiche die zukünftige Ausrichtung der ambulanten Versorgung am ehesten prägen werden. Diskussionsfragen: 1. Ist der vorgeschlagene Priorisierungsansatz sinnvoll? + Häufig durchgeführte Eingriffe mit ausgereiften Tagesabläufen + Eingriffe mit solider Evidenz, aber geringer Verbreitung + Pionierverfahren, die in Zukunft durchführbar werden könnten 2. Welche Fachgebiete oder Eingriffe sollten in Ihrem System unbedingt berücksichtigt werden?

Tagesordnungspunkt	Beschreibung
Abschnitt 4: Effizienzsteigerungen im Operationssaal	In dieser Sitzung wird untersucht, ob die Empfehlungen des Berichtsentwurfs ausreichend praxisnah, relevant und in verschiedenen Gesundheitssystemen umsetzbar sind. Im Mittelpunkt der Diskussion steht die Frage, ob der Bericht die richtigen Maßnahmen, Prioritäten und Hebel identifiziert, um eine breitere Einführung der ambulanten Versorgung in verschiedenen Umfeldern zu unterstützen. Bitte überlegen Sie, wie der Bericht Ärzt:innen, Führungskräfte und politische Entscheidungsträger:innen am besten unterstützen kann. In der Sitzung wird außerdem erörtert, welche zusätzlichen Leitlinien, Beispiele oder Anpassungen erforderlich sein könnten, um sicherzustellen, dass die Empfehlungen überzeugend und in der Praxis anwendbar sind. Diskussionsfragen: 1. Spiegeln die Empfehlungsentwürfe die wichtigsten Maßnahmen wider, die zur Beschleunigung der ambulanten Versorgung erforderlich sind? 2. Welche Empfehlungen sind in Ihrem Gesundheitssystem voraussichtlich am ehesten umsetzbar? 3. Welche Empfehlungen dürften die größten Herausforderungen darstellen oder am umstrittensten sein? 3. Bietet der Bericht ausreichende Leitlinien zu folgenden Themen: + Neugestaltung des Personaleinsatzes + Geschützte Kapazitäten für elektive Eingriffe + Finanzielle Anreize und Vergütung + Sicherheits- und Gleichstellungsaspekte + Einsatz digitaler Tools und Nachsorge aus der Ferne
Nächste Schritte und Nachverfolgung	Überblick über die nächsten Schritte, Zeitplan für die Erstellung des Berichts und Aufruf zu weiterem Feedback.

Im Mittelpunkt der Sitzung des Advisory Boards stand die Validierung der Ergebnisse und Empfehlungen im Berichtsentwurf zur ambulanten Versorgung, wobei internationale Perspektiven zu den Hindernissen, fördernden Faktoren und zukünftigen Chancen für die Ausweitung der ambulanten Versorgung eingeholt wurden.

Zusammenfassung der besprochenen Themen

1. Aktueller Stand der ambulanten Versorgung in den verschiedenen Gesundheitssystemen

Die Beiratsmitglieder tauschten sich darüber aus, wie die ambulante Versorgung in ihren jeweiligen Ländern und Gesundheitssystemen derzeit definiert, durchgeführt und priorisiert wird. In den Diskussionen wurden Unterschiede bei den politischen Rahmenbedingungen, dem Grad der Umsetzung, den Erstattungsmodellen, der Infrastruktur und den klinischen Behandlungsabläufen beleuchtet.

Zu den wichtigsten Diskussionsthemen gehörten:

- + Unterschiede bei den nationalen Definitionen und der Erfassung ambulanter Operationen
- + Der Grad, in dem die ambulante Versorgung in der Gesundheitspolitik und in den Krankenhausstrategien priorisiert wird
- + Häufige Hindernisse, die den Ausbau einschränken, darunter Personalengpässe, infrastrukturelle Einschränkungen und Probleme bei der Kostenerstattung
- + Beispiele für erfolgreiche Ansätze, die die Einführung beschleunigt haben

2. Gemeinsame Themen und systemübergreifendes Lernen

Im Anschluss an die Präsentationen reflektierte die Gruppe über Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen den Gesundheitssystemen und erörterte die Auswirkungen auf den Bericht.

Im Mittelpunkt der Diskussion standen:

- + Gemeinsame Herausforderungen, die die ambulante Versorgung unabhängig von der geografischen Lage betreffen
- + Systemweite Faktoren, die mit höheren Akzeptanzraten verbunden sind
- + Erkenntnisse, die zwischen Gesundheitssystemen übertragen werden könnten
- + Bereiche, auf die der Bericht aufgrund wiederkehrender Themen aus den Präsentationen einen stärkeren Schwerpunkt legen sollte

3. Überlegungen zum Berichtsentwurf

Der Vorstand prüfte, ob der Bericht die Chancen, die sich durch ambulante Operationen ergeben, zutreffend erfasst und die Realitäten, mit denen die Gesundheitssysteme konfrontiert sind, angemessen widerspiegelt.

Zu den wichtigsten Diskussionspunkten gehörten:

- + Ob der Bericht die strategische Bedeutung der ambulanten Versorgung klar zum Ausdruck bringt
- + Das Gleichgewicht zwischen der Hervorhebung von Chancen und der Anerkennung praktischer Herausforderungen bei der Umsetzung
- + Inwieweit der Bericht die wesentlichen Belastungen widerspiegelt, denen das Gesundheitswesen ausgesetzt ist, darunter:
 - Engpässe bei den Bettenkapazitäten
 - Personalmangel
 - Effizienz der Operationssäle
 - Rückstau bei elektiven Eingriffen
 - Finanzielle Belastungen
- + Ermittlung weiterer Herausforderungen oder kontextbezogener Faktoren, die berücksichtigt werden sollten

4. Priorisierung von Eingriffen und zukünftigen Chancen

Im Rahmen der Diskussion wurde geprüft, ob sich der Bericht auf die richtigen Verfahren, Fachgebiete und Wachstumschancen konzentriert.

Zu den Themen gehörten:

- + Die Eignung des vorgeschlagenen Priorisierungsrahmens
- + Möglichkeiten zur Ausweitung etablierter ambulanter Behandlungswege für häufig durchgeführte Eingriffe
- + Eingriffe, für deren ambulante Durchführung starke Belege vorliegen, deren Anwendung jedoch nach wie vor begrenzt ist
- + Neue und innovative Verfahren, die sich in Zukunft möglicherweise für die ambulante Versorgung eignen
- + Fachgebietsspezifische Möglichkeiten und Unterschiede zwischen den Gesundheitssystemen
- + Bereiche, in denen die Fortschritte langsamer als erwartet verlaufen sind, und die Gründe dafür

5. Steigerung der Effizienz im OP-Saal und im gesamten System

Der Vorstand prüfte, ob die Empfehlungen des Berichts praktikabel, umsetzbar und für verschiedene Einrichtungen des Gesundheitswesens relevant sind.

Im Mittelpunkt der Diskussion standen:

- + Maßnahmen, die die Einführung der ambulanten Versorgung am ehesten beschleunigen
- + Empfehlungen, die realistisch und in verschiedenen Gesundheitssystemen umsetzbar sind
- + Bereiche, in denen es voraussichtlich zu Herausforderungen bei der Umsetzung oder zu Widerstand seitens der Beteiligten kommen wird
- + Die Rolle von:
 - Neugestaltung des Personals und Veränderungen im Qualifikationsmix
 - Geschützte Kapazitäten für elektive Eingriffe
 - Finanzielle Anreize und Erstattungsmechanismen
 - Sicherheits- und Gerechtigkeitsaspekte
 - Digitale Technologien und Möglichkeiten zur Fernnachsorge

Mölnlycke Health Care GmbH, EUREF-Campus 1B, 40472 Düsseldorf, Deutschland. T +49 (0) 211 920 880, www.molnlycke.com/de-de

Mölnlycke Health Care GmbH, Obere Donaustr. 25, 1020 Wien, Österreich. T +43 1 278 85 42, www.molnlycke.com/de-at

Mölnlycke Health Care AG, Brandstr. 24, 8952 Schlieren, Schweiz. T +41 44 744 54 00, www.molnlycke.com/de-ch

Die Marke, der Name und das entsprechende Logo von Mölnlycke sind weltweit für eines oder mehrere Unternehmen der Mölnlycke Health Care Group eingetragen. ©2026 Mölnlycke Health Care AB. Alle Rechte vorbehalten. DACHIM009246