

# Neue Strategien in der Versorgung Hochaltriger

**D**ie Zahl der hochbetagten Menschen in Deutschland wächst rasant. Laut dem Krankenhaus-Report 2025 des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDO) steigt der Anteil der Menschen, die 80 Jahre und älter sind, an der Gesamtzahl der Krankenhauspatienten seit Jahren kontinuierlich. Im Jahr 2005 lag dieser Anteil bei 13 Prozent, 2023 bereits bei 22 Prozent.

Aus dieser Entwicklung resultieren erhebliche Herausforderungen für das Gesundheitssystem. So ist dem WiDO zufolge die Verweildauer im Krankenhaus bei den über 80-Jährigen mit durchschnittlich 8,1 Tagen fast doppelt so hoch wie bei jüngeren Erwachsenen. 2023 beliefen sich die durchschnittlichen Krankenhauskosten für hochbetagte Einwohner auf 3.351 Euro – fast das Siebenfache im Vergleich zu den unter 60-Jährigen.

Die AOK warnt vor einer drohenden Überlastung der Kliniken und einer massiven Ausgabensteigerung, wenn keine grundlegenden Strukturreformen erfolgen. Ein zentrales Anliegen der Kasse ist die Stärkung der ambulanten Versorgung, um stationäre Behandlungen zu vermeiden. Laut den WiDO-Auswertungen könnten durch eine bessere ambulante Versorgung jährlich rund 1,4 Millionen Krankenhausaufenthalte vermieden werden – das entspricht etwa 36 Prozent aller Krankenhausaufenthalte bei pflegebedürftigen Menschen. Die Auswertung bezieht sich auf sogenannte „pflegesensitive“ Fälle mit Erkrankungen wie Herzinsuffizienz oder Diabetes.

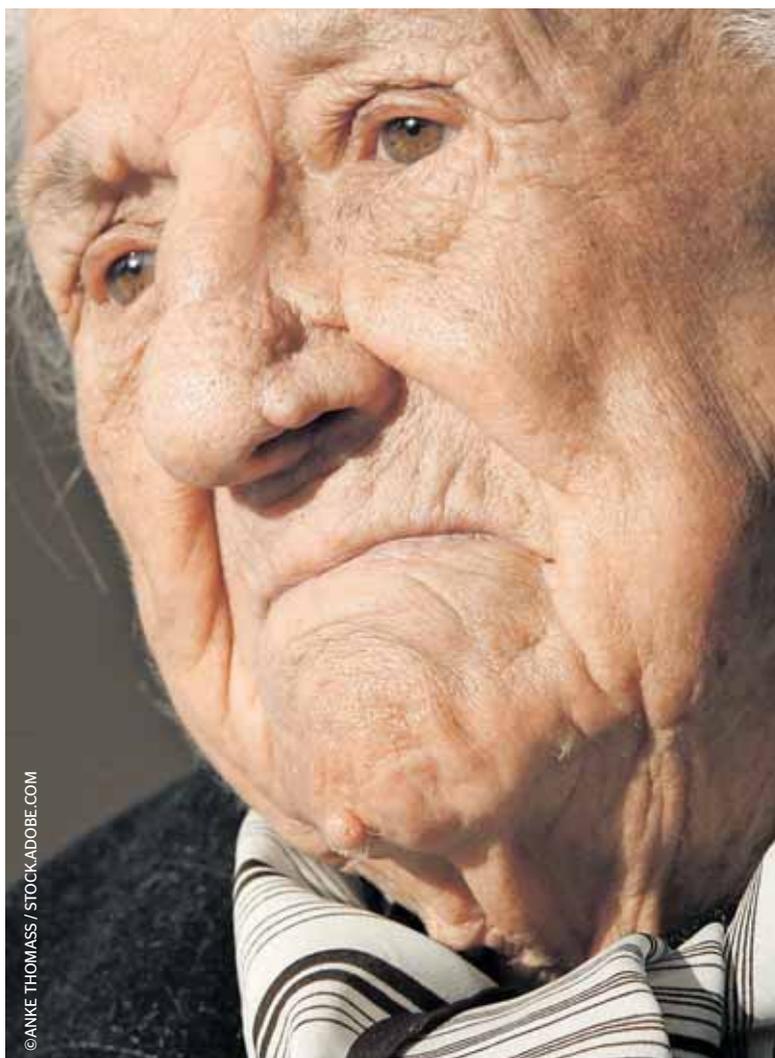
## Regionale Unterschiede

Bei den Hochaltrigen liegen meist mehrere Erkrankungen gleichzeitig vor. Zudem haben sie beispielsweise infolge von Demenz oder starker Gebrechlichkeit oft einen besonders hohen medizinischen und pflegerischen Bedarf, auf den die Kliniken in vielen Fällen nur unzureichend vorbereitet seien, so die WiDO-Experten. „Insgesamt sehen wir bei diesen Patientinnen und Patienten ein hohes Risiko für Komplikationen, Versorgungslücken oder Brüche in der Versorgung“, betont Dr. Carola Reimann, Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes.

Dr. David Scheller-Kreinsen, stellvertretender WiDO-Geschäftsfüh-

Die Krankenhäuser in Deutschland müssen in den kommenden Jahren mit weniger Personal mehr hochaltrige Patienten versorgen. Darauf sind sie unzureichend vorbereitet, wie der WiDO-Krankenhaus-Report zeigt. Die Autoren fordern eine bessere ambulante Versorgung.

Von Frank Brunner



© ANKE THOMAS / STOCKADOB.E.COM

## Die Praxis-Serie

### Lesen Sie am 15. Mai:

Pünktlich zum Welthypertonie-Tag präsentiert die AOK eine überarbeitete Version des Online-Coaches Bluthochdruck. Wir sprachen aus diesem Anlass mit dem Bewegungsexperten Prof. Lars Gabryst.

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

rer, weist auf regionale Unterschiede bei der Häufigkeit von Klinikaufenthalten hin. Während 2023 in NRW mit der höchsten Krankenhausedichte im Schnitt 68 Krankenhausaufenthalte Hochbetagter je 100 Einwohner zu verzeichnen waren, waren es in Baden-Württemberg nur 50 Klinikbehandlungen. Die AOK plädiert für eine konsequente Ambulantisierung der Versorgung hochbetagter Menschen, insbesondere für jene, die keine High-Tech-Medizin benötigen, sondern eine grundlegende Diagnostik, pflegerische Betreuung und Überwachung.

## Lernen von europäischen Nachbarn

Professor Clemens Becker, Leiter der „Unit Digitale Geriatrie“ am Universitätsklinikum Heidelberg, betont, dass Deutschland bei den Ausgaben für das Gesundheitswesen im europäischen Vergleich Spitzenreiter sei, aber bei der Lebenserwartung im Mittelfeld liege. Im Gegensatz zu Deutschland erzielten Nachbarländer wie Dänemark, die Niederlande oder die Schweiz bessere Ergebnisse bei deutlich geringeren Kosten. Prof. Becker fordert, von diesen Ländern zu lernen und die Versorgung neu zu organisieren.

„In Dänemark und den Niederlanden wurden bereits Weichen gestellt, um die Versorgung hochaltriger Menschen effizienter zu gestalten“, erklärt der Wissenschaftler. Dort gebe es beispielsweise präventive Hausbesuche ab dem 75. Lebensjahr sowie innovative Projekte wie „Hospital@Home“ in der Schweiz, bei denen stationäre Aufenthalte durch häusliche Versorgung ersetzt werden. Diese Ansätze reduzierten die Verweildauer im Krankenhaus erheblich und entlasteten das System.

Zudem sei die Digitalisierung ein entscheidender Faktor: „Während in Deutschland weniger als drei Prozent der Hausarztconsultationen per Videokonferenz erfolgen, findet in Dänemark jede dritte Beratung durch den Allgemeinmediziner inzwischen per Videokonsultation statt“, sagte Becker bei der Vorstellung des WiDO-Krankenhaus-Reports in Berlin.

Kostenloser Download des Krankenhaus-Reports: <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-662-70947-4>

# Ambulante Versorgung spielt zentrale Rolle

David Scheller-Kreinsen, Mitherausgeber des Krankenhaus-Reports 2025, über Demografiewandel und ambulante Behandlungsoptionen für Menschen jenseits der 80.

**Herr Dr. Scheller-Kreinsen, der aktuelle Krankenhaus-Report des WIdO beleuchtet schwerpunktmäßig die Versorgung hochaltriger Patienten. Warum haben Sie und Ihre Kollegen sich für dieses Thema entschieden?**

Die Gruppe der Menschen, die 80 Jahre oder älter sind, wird bis 2050 um rund drei Millionen Menschen anwachsen – von derzeit sechs Millionen auf 9,1 Millionen. Gleichzeitig werden wir in 25 Jahren rund fünf Millionen Menschen im erwerbsfähigen Alter weniger haben als heute. Das heißt, wir haben immer weniger Beitragszahler, immer weniger Menschen in Gesundheitsberufen, aber gleichzeitig steigenden Versorgungsbedarf.

Dieser doppelte demografische Wandel wird unser Gesundheitswesen und unsere Gesellschaft personell und finanziell überfordern, wenn wir nichts ändern. Also müssen wir schauen, wie wir die begrenzten Ressourcen einsetzen.

**Welche Möglichkeiten gibt es?**

Effektiver – auch im Sinne der hochaltrigen Menschen – wäre es in vielen Fällen, Patienten ambulant und pflegerisch statt stationär in Kliniken zu versorgen. Um bei der Ambulantisierung die niedergelassenen Ärzte zu entlasten, könnten bestimmte medizinische Leistungen von nicht-ärztlichen Fachkräften, beispielsweise von sogenannten Flying Nurses, übernommen werden.

Spezialisierte Pflegekräfte könnten in interprofessionellen Teams Blutentnahmen und Infusionen durchführen, Katheter legen und überwachen, aber gegebenenfalls auch Einstellungen bei Schmerztherapien vornehmen. Letztlich geht es um Delegation und Substitution.

**Das WIdO hat in den vergangenen Jahren mehrfach über die Fallzahl-Rückgänge insbesondere bei den ambulant-sensitiven Diagnosen wie Diabetes und Herzinsuffizienz berichtet. Müssten in den Krankenhäusern durch die dauerhaft gesunkenen Fallzahlen nicht Kapazitäten frei sein, um auch die Versorgung der zunehmenden Zahl von Hochbetagten zu bewältigen?**

Krankheitsbilder, die wir ambulant versorgen können, sollen nicht im Krankenhaus behandelt werden,



Dr. David Scheller-Kreinsen ist stellv. Geschäftsführer des WIdO und Mitherausgeber des Krankenhaus-Reports 2025.

© AOK-BUNDESVERBAND

weil dort gerade ein Bett frei geworden ist.

Man darf nicht unterschätzen, dass Krankenhausaufenthalte bei Patienten Transferstress auslösen, Infektionsrisiken steigern oder sich durch lange Liegezeiten der physische und psychische Parameter verschlechtern können.

Freigewordene Kapazitäten werden wir außerdem angesichts des erwähnten doppelten demografischen Wandels für die steigende Zahl der Fälle älterer Menschen benötigen, die wirklich auf eine stationäre Versorgung angewiesen sind.

**Eine grundlegende Strukturänderung benötigt Zeit. Welche kurzfristigen Maßnahmen könnten das Gesundheitssystem entlasten?**

Ja, es geht bei den genannten Maßnahmen teilweise um eine mittelfristige Perspektive. Kurzfristig stellt sich die Frage, ob wir innerhalb des bestehenden regulativen Rahmens über Digitalisierung und Telemedizin Fortschritte erzielen können.

So könnten Ärzte, die heute noch vor Ort behandeln, aus der Ferne per Videoübertragung kundige Pflegekräfte instruieren. Einen wichtigen

Beitrag kann hier die konsequente Nutzung der elektronischen Patientenakte sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich leisten. Außerdem gibt es deutliche empirische Hinweise darauf, dass auch im bestehenden Rahmen ganz viel getan werden kann, um Krankenhausaufenthalte zu vermeiden.

**Sie sagten, dass hochaltrige Menschen im Alltag in der ambulanten Versorgung oft besser aufgehoben sind als in Kliniken. Auch wenn manche medizinische Leistungen künftig von nicht-ärztlichen Fachkräften übernommen werden, dürfte dies Haus- und Fachärzten vor neue Herausforderungen stellen. Welche Hürden sehen Sie?**

Richtig ist, dass ambulante Versorgungsstrukturen eine zentrale Rolle bei der Versorgung hochaltriger Menschen spielen. Gefragt sind Handlungssicherheit bei Multimorbidität, bei kognitiven Einschränkungen, etwa Demenz.

All das hat gerade die Primärversorgung schon auf der Agenda. Im übrigen stehen in einer alternden Gesellschaft die Klinikärzte vor denselben Herausforderungen. Dennoch wird es entscheidend sein, die Handlungskompetenz im Umgang mit geriatrischen Patientinnen und Patienten weiter zu stärken.

Entscheidend ist aus meiner Sicht dabei, die Schnittstelle zwischen ambulanter Akutversorgung und dem Pflegesetting zu verbessern. Das heißt: Werden zu Hause oder im Pflegeheim auffällige Symptome oder veränderte Vitalparameter sichtbar, muss es möglich sein, schnell ambulanten ärztlichen Rat und gegebenenfalls eine entsprechende Diagnostik, etwa ein Langzeit-EKG oder Laboruntersuchungen, zu erhalten.

Heute ist es oft so, dass Patienten bei Auffälligkeiten standardmäßig ins Krankenhaus verlegt werden. Stattdessen müssen wir die ambulante Medizin in interprofessionellen Teams stärken.

**Was sind nach den Erkenntnissen des Krankenhaus-Reports die größten Probleme bei der Klinikversorgung Hochbetagter?**

Im Wesentlichen lassen sich zwei Handlungsfelder identifizieren. Ers-

tens: Die innerbetrieblichen Herausforderungen in den Kliniken, die etwas mit der Organisation, Qualifikation und den Prozessen zu tun haben.

Beispiel Pflege: Hier sollte der Fokus verstärkt auf psychosoziale und demenzspezifische Versorgungsbedarfe von Hochbetagten liegen, etwa durch Schulungen der Beschäftigten. In diesen Bereich fällt auch ein verbesserter Umgang mit Polypharmazie, beispielsweise durch digitales Medikamenten-Management. Für den Bereich Notaufnahme braucht es zudem Konzepte für Fälle mit unspezifischer Symptomatik und multidimensionalen Risikofaktoren.

**Was ist noch wichtig?**

Die zweite große Herausforderung betrifft Versorgungspfade und die Strukturen der Versorgung. Dabei geht es einerseits um die bereits erwähnte Vermeidung nicht notwendiger Krankenhausaufenthalte durch Auflösung der ambulanten und pflegerischen Versorgungsdefizite bei Hochbetagten sowie um eine bessere Verzahnung und Integration von Behandlungsketten.

Das betrifft insbesondere die prä- und poststationäre Versorgung, die mehr Gewicht erhalten und besser mit der Krankenhausversorgung verbunden werden muss.

Bei der Reform der Krankenhausstrukturen wird es zentral sein, dass, neben der Zentralisierung, wirklich stringent ein Umbau in Richtung der ambulanten Strukturen erfolgt. So sollten die beispielsweise die sogenannten „Sektorenübergreifenden Versorger“ im Regelfall keine vollstationäre Versorgung erbringen, sondern konsequent auf ambulante Leistungen und kurzstationäre allgemein-medizinische Versorgung zur Vermeidung von Krankenhausaufenthalten ausgerichtet werden.

**Vielen Dank für das Gespräch.**