Pressekonferenz Krankenhaus-Report 2025

Statement von Dr. David Scheller-Kreinsen

stellv. Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO)
und Mitherausgeber des Krankenhaus-Reports 2025

Es gilt das gesprochene Wort.

Sehr geehrte Damen und Herren,

es ist eine bekannte Tatsache: Trotz Zuwanderung wird unsere Gesellschaft im Schnitt immer älter. Der demografische Wandel führt dazu, dass in den Krankenhäusern auch immer mehr hochaltrige Patientinnen und Patienten versorgt werden. Jetzt erreichen langsam die geburtenstarken Jahrgänge der Babyboomer das Renteneintrittsalter. Damit sind eine ganze Reihe von Herausforderungen für die deutschen Kliniken verbunden, die wir im aktuellen Krankenhaus-Report beleuchten.

Wir stehen bei diesem Thema vor einer doppelten demografischen Herausforderung. Denn der steigenden Zahl Hochbetagter in den Krankenhäusern stehen immer weniger Fachkräfte gegenüber. Das wird in dieser Grafik deutlich **(Folie 2)**: Sie zeigt, dass der Anteil der Bevölkerung im arbeitsfähigen Alter zwischen 20 und 66 Jahren bis 2050 von 51,5 Millionen auf 45,9 Millionen Menschen sinken wird. Dem gegenüber wird die Gruppe der Hochbetagten über 80 Jahren in den nächsten 25 Jahren von 6,0 Millionen auf 9,1 Millionen Menschen anwachsen.

Wenn man sich den Anteil der Menschen über 80 Jahren, also der Hochbetagten an allen Krankenhaus-Fällen anschaut, wird das Ausmaß dieser Herausforderung sichtbar: Dieser Anteil ist in den letzten knapp zwanzig Jahren kontinuierlich von 13 Prozent auf mittlerweile 22 Prozent gestiegen **(Folie 3)**. Dieser Trend wird sich fortsetzen, denn wie gesagt: Die Boomer kommen! Die Gruppe der Hochaltrigen ist diejenige, die am stärksten wächst. Und wir stehen erst am Anfang.

Warum ist das so relevant? Vor allem, weil bei den Hochbetagten oftmals mehrere Erkrankungen gleichzeitig vorliegen. Darüber hinaus gibt es weitere spezifische Risikofaktoren, die ebenfalls einen höheren Behandlungsbedarf nach sich ziehen **(Folie 4)**. Sie sind auch mit gravierenden Herausforderungen für die medizinische Versorgung und insbesondere auch für die Pflegekräfte in den Kliniken verbunden – zum Beispiel, wenn demenzkranke oder besonders gebrechliche Patientinnen und Patienten betreut werden müssen. Insgesamt sehen wir ein hohes Risiko für Komplikationen, Versorgungslücken oder Brüche in der Versorgung.

Diese medizinischen Herausforderungen spiegeln sich auch in der ökonomischen Betrachtung dieser Fälle wider **(Folie 5)**: Mit steigendem Alter steigt nicht nur die Anzahl der Krankenhausfälle je 1.000 Einwohner, sondern auch die mittlere Verweildauer der Patientinnen und Patienten. Sie ist mit 8,1 Tagen bei den Hochaltrigen über 80 Jahren fast doppelt so hoch wie bei den Menschen unter 60 Jahren. Da verwundert es nicht, dass auch die durchschnittlichen Krankenhaus-Kosten je Einwohner bei den über 80-Jährigen mit 3.351 Euro im Jahr 2023 etwa sieben Mal so hoch waren wie bei den unter 60-Jährigen mit 470 Euro.

Neben den gesundheitsökonomischen Analysen, die Sie eben gesehen haben, enthält der Krankenhaus-Report 2025 Analysen zu einer besseren Versorgung Hochbetagter **(Folie 6)**. Dabei stehen die spezifischen Anforderungen der Versorgung dieser Gruppe und das richtige Management dieser Fälle besonders im Fokus. Ein ganz wichtiger Punkt ist aber auch die Frage: Wie verhindern wir, dass Hochbetagte, die eigentlich außerhalb der Klinik besser betreut und behandelt werden könnten, überhaupt im Krankenhaus landen?

Wenn wir hier sozusagen aus der Vogelperspektive draufschauen, sehen wir, dass sich die Behandlungsmuster in den letzten zehn Jahren kaum verändert haben **(Folie 7)**: Nach wie vor entfällt über die Hälfte der Ausgaben für die Versorgung hochbetagter Menschen über 80 Jahren auf den Krankenhausbereich. Der Anteil ist seit 2014 nur ganz leicht von 55 auf 52 Prozent gesunken. Der Anteil der ambulant-ärztlichen Kosten lag demgegenüber zuletzt nur bei 16 Prozent. Das kann offensichtlich nicht so bleiben.

Interessant ist in diesem Zusammenhang ein Blick auf die regionalen Daten **(Folie 8)**: Er zeigt, dass es bei der Häufigkeit von Krankenhausbehandlungen Hochbetagter im Jahr 2023 durchaus große regionale Unterschiede gab – von 50 Behandlungen je 100 Einwohner in Baden-Württemberg bis zu 68 Behandlungen in Nordrhein-Westfalen. Das ist das Bundesland mit der aktuell höchsten Krankenhausdichte in Deutschland. Daher sind die Reformen, die Landesminister Karl-Josef Laumann in NRW gerade so beherzt angeht, hier auch besonders überfällig. Der Ländervergleich macht deutlich, dass das Angebot sozusagen die Nachfrage bestimmt. Oder, etwas überspitzt gesagt: Wo es besonders viele Krankenhäuser und veraltete Krankenhausstrukturen gibt, landen auch besonders viele Hochaltrige im Krankenhaus.

Die unterschiedliche Situation in den einzelnen Ländern macht deutlich, dass es bei diesem Thema durchaus Gestaltungs-Spielraum für die Politik gibt. Die Analysen des Krankenhaus-Reports zeigen, dass der steigende Anteil hochaltriger Patientinnen und Patienten einerseits zu einer steigenden Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen führen kann **(Folie 9)**. Auf der anderen Seite haben Jonas Krämer und Jonas Schreyögg in ihrem Beitrag für den Report aber herausgearbeitet, dass die steigende Zahl besonders alter Patienten nicht zwangsläufig zu einer finanziellen oder personellen Überforderung der Kliniken führen muss. Nach ihrer Analyse sind nämlich nur etwa 20 Prozent des Fallwachstums durch die Demografie und die steigende Zahl alter Menschen bedingt.

Vielmehr ist es die eben schon angesprochene Angebotsseite, die zu den steigenden Fallzahlen und zum Anstieg der Ausgaben führt. Mit anderen Worten: Wir müssen dringend an die Versorgungsstrukturen ran, um das Problem zu lösen und massive Ausgabensteigerungen in den nächsten Jahren zu verhindern.

Wie kann das gehen? Dazu zeigen die Beiträge im Krankenhaus-Report verschiedene Ansätze auf, die die Situation verbessern und eine Überforderung der Kliniken in den nächsten Jahren und Jahrzehnten verhindern können **(Folie 10)**. Das sind erstens Maßnahmen, die die Organisation in den Kliniken selbst betreffen. Dazu gehören Schulungen – zum Beispiel zum Umgang mit demenzkranken Patienten –, das Einbeziehen geriatrischer Kompetenz in die Behandlung oder die Einführung eines digitalen Medikamenten-Managements zur Vermeidung unerwünschter Arzneimittel-Wirkungen bei den Hochbetagten, die oftmals viele Medikamente gleichzeitig nehmen. Außerdem müssen die Notfallambulanzen befähigt werden, besser mit diesen alten Menschen und ihren Bedürfnissen umzugehen und deren spezifische Risiken durch geeignete Assessments zu erkennen.

Der zweite und aus meiner Sicht wichtigste Punkt ist: Wir müssen dafür sorgen, dass wirklich nur die Menschen im Krankenhaus behandelt werden, deren stationäre Behandlung nicht vermieden werden kann. Und das in ihrem eigenen Interesse: Denn ein Krankenhausaufenthalt geht insbesondere für Hochaltrige mit vielfältigen Risiken einher. Der Verbleib im ambulanten beziehungsweise pflegerischen Setting ist in der Regel zu präferieren, wenn das medizinisch möglich ist. Das heißt im Umkehrschluss: Wir müssen die primärärztliche Versorgung im ambulanten Bereich stärken, insbesondere auch mit Blick auf die Altenpflege, die Behandlungsketten verbessern und die beiden Sektoren besser miteinander verzahnen. Es müssen viel mehr hochaltrige Menschen ambulant versorgt werden, weil dies ökonomisch günstiger und für die Betroffenen oftmals viel sinnvoller ist. Das entspricht im Übrigen auch den Wünschen der Menschen: Denn wer geht schon gern ins Krankenhaus? Es muss sich zudem jemand darum kümmern, dass die Versorgung im häuslichen Umfeld oder im Pflegeheim auch tatsächlich funktioniert, damit die Menschen nicht nach wenigen Tagen erneut im Krankenhaus landen – Stichwort „Drehtür-Effekt".

Um das Potenzial vermeidbarer Krankenhausaufenthalte von Pflegeheim-Bewohnenden zu messen, hat das Wissenschaftliche Institut der AOK für den Report eine Analyse durchgeführt **(Folie 11)**. Dazu sind sogenannte pflegesensitive Krankenhausfälle, kurz PSK, genutzt worden. Diese setzen auf wissenschaftlichen Konzepten auf, die in der jüngeren Vergangenheit in der Versorgungsforschung entwickelt wurden.

Das sind Versicherte mit Pflegebedürftigkeit, bei denen eine frühzeitige ambulante Versorgung im Pflegeheim oder in der häuslichen Umgebung eine Einweisung ins Krankenhaus vermeiden könnte. Wir sprechen hier über Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen wie Herzinsuffizienz oder Diabetes, die idealer Weise von einem niedergelassenen Arzt oder einer niedergelassenen Ärztin

oder im Pflegesetting versorgt werden sollten. Die häufigste Diagnose bei diesen PSK-Fällen ist die Herzinsuffizienz mit knapp 21 Prozent, gefolgt von chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen mit knapp neun Prozent.

Die Versorgungsrelevanz der PSK-Fälle ist hoch **(Folie 12)**: Bei einer besseren ambulanten Versorgung dieser Fälle in der Arztpraxis, im Pflegeheim oder zuhause hätten allein im Jahr 2022 rund 1,4 Millionen Krankenhausaufenthalte vermieden werden können. Das entspricht etwa 36 Prozent aller Krankenhausfälle pflegebedürftiger Personen. Auffällig ist, dass es sich dennoch um ressourcenintensive Fälle handelt – die mittlere Verweildauer der pflegesensitiven Krankenhausfälle liegt mit acht Tagen deutlich höher als die durchschnittliche Verweildauer aller Krankenhausfälle mit 6,1 Tagen. Eine direkte Behandlung dieser Patienten im Pflegesetting könnte das ohnehin knappe Personal in den Kliniken deutlich entlasten.

Auch bei diesem Thema zeigen sich deutliche regionale Unterschiede **(Folie 13)**: Unsere Aufschlüsselung nach Bundesländern zeigt, dass das Potenzial für vermeidbare Krankenhaus-Aufenthalte in Bayern mit 295 Fällen je 1.000 Pflegebedürftige am höchsten ist. Am niedrigsten ist es in Bremen mit 203 Fällen je 1.000 Pflegebedürftige.

Damit komme ich zu meinem Fazit **(Folie 14)**: Angesichts der demografischen Herausforderungen, die in den nächsten Jahren auf die deutschen Kliniken zukommen werden, besteht die Gefahr, dass wir die Ressourcen der gesetzlichen Krankenversicherung überdehnen. Der Krankenhaus-Report zeigt, dass sich die Behandlungsmuster und die Rolle der Krankenhäuser in den letzten Jahren kaum verändert haben. Aber wir müssen dieser Herausforderung durch organisatorische Maßnahmen in den Kliniken begegnen. Das alleine wird allerdings nicht ausreichen. Darüber hinaus müssen wir dringend die Versorgungsschnittstellen verbessern. Der wichtigste Punkt ist die Vermeidung medizinisch nicht notwendiger Krankenhaus-Aufenthalten. Die 1,4 Millionen pflegesensitiven Krankenhausfälle zeigen das große Potenzial auf, das in diesem Thema steckt.

Ohne grundlegende Strukturreformen und eine konsequente Ambulantisierung der Versorgung hochaltriger Patienten sind die demografischen Herausforderungen für die Kliniken nicht zu bewältigen. Die sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen, die im Rahmen der Krankenhausreform vorgesehen sind, sollten den Fokus konsequent auf die ambulante Versorgung legen. Dann können sie helfen die Versorgung dieser vulnerablen Zielgruppe zu verbessern. Dann kann der Umbau nicht mehr bedarfsnotwendiger Kliniken zu sektorenübergreifenden Versorgern vorangetrieben werden. Das hilft, um den prä- und postklinischen Sektor zu stärken und die kostbaren Krankenhausressourcen sparsam und zukunftsfest einzusetzen.

In diesem Veränderungsprozess können wir viel von den Erfahrungen in anderen europäischen Ländern lernen. Warum hier insbesondere Dänemark und die Niederlande ein Vorbild sein können, wird Ihnen gleich Herr Prof. Clemens Becker erläutern.

Kontakt und Information: Kai Behrens | AOK-Bundesverband | 030 346 46 2309 | presse@bv.aok.de