

## Pressekonferenz Krankenhaus-Report 2025

### Inhalt der Pressemappe

- **Ihre Gesprächspartnerin/Ihre Gesprächspartner**
- **Pressemitteilung des AOK-Bundesverbandes und des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO)**
- **Statement von Dr. Carola Reimann**  
Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes
- **Statement von Dr. David Scheller-Kreinsen**  
stellv. Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO)  
und Mitherausgeber des Krankenhaus-Reports 2025
- **Folien zum Statement von Dr. David Scheller-Kreinsen**
- **Folien zum Statement von Prof. Dr. Clemens Becker**  
Leiter der „Unit Digitale Geriatrie“ am Geriatrischen Zentrum des Universitätsklinikums  
Heidelberg

## Pressekonferenz Krankenhaus-Report 2025

### Ihre Gesprächspartnerin/ Ihre Gesprächspartner



**Dr. Carola Reimann**

Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes



**Dr. David Scheller-Kreinsen**

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



**Prof. Dr. Clemens Becker**

Leiter der „Unit Digitale Geriatrie“ am Geriatrischen Zentrum des Universitätsklinikums Heidelberg

Pressemitteilung

# Immer mehr Hochbetagte im Krankenhaus: Ohne Strukturreformen drohen Überlastung der Kliniken und massive Ausgabensteigerungen

## Krankenhaus-Report 2025: Demografische Herausforderung macht bessere ambulante Versorgung hochaltriger Menschen notwendig

Berlin, 30. April 2025

**Die Krankenhäuser in Deutschland müssen in den kommenden Jahren mit weniger Personal eine deutlich steigende Zahl hochaltriger Patientinnen und Patienten versorgen. Auf diese doppelte demografische Herausforderung sind die Kliniken bisher nur unzureichend vorbereitet. Das zeigt der aktuelle Krankenhaus-Report 2025 zum Thema „Versorgung Hochbetagter“. Ein Schlüssel zur Lösung des Problems und zur Verbesserung der Behandlung Hochaltriger liegt aus Sicht der Autoren in einer besseren ambulanten Versorgung pflegebedürftiger Patientinnen und Patienten: Dadurch könnten nach einer Auswertung des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) rund 1,4 Millionen Krankenhaus-Aufenthalte pro Jahr vermieden werden. Nach dem Vorbild anderer europäischer Länder sollte zudem die vor- und nachklinische Versorgung hochaltriger Menschen verbessert werden.**

Laut Krankenhaus-Report ist der Anteil der Menschen über 80 Jahren an allen Krankenhaufällen in den letzten knapp zwanzig Jahren kontinuierlich gestiegen – von 13 Prozent im Jahr 2005 auf 22 Prozent im Jahr 2023. 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 sind. „Insgesamt sehen wir bei diesen Patientinnen und Patienten ein hohes Risiko für Komplikationen, Versorgungslücken oder Brüche in der Versorgung“, betonte Dr. Carola Reimann, Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes, bei der Vorstellung des Reports.

Die Besonderheiten der Versorgung Hochaltriger spiegeln sich auch in der ökonomischen Betrachtung dieser Fälle wider: Die Krankenhaus-Verweildauer ist bei den Hochbetagten über 80 Jahren mit durchschnittlich 8,1 Tagen fast doppelt so hoch wie bei den Menschen unter 60. Die durchschnittlichen Krankenhaus-Kosten waren bei den über 80-Jährigen mit 3.351 Euro im Jahr 2023 fast sieben Mal so hoch wie bei den unter 60-Jährigen mit 470 Euro. „Mit dem Eintritt der geburtenstarken Jahrgänge ins Rentenalter werden die Herausforderungen durch die Versorgung Hochaltriger im Krankenhaus in den nächsten Jahren noch wachsen“, warnte Reimann.

### **Hohe regionale Varianz bei Krankenhaus-Aufhalten Hochaltriger**

Gleichzeitig machen die Analysen des Krankenhaus-Reports deutlich, dass sich die Versorgungsmuster bei den hochaltrigen Patientinnen und Patienten in den vergangenen zehn Jahren kaum verändert haben: Nach wie vor entfällt über die Hälfte der Ausgaben für die Versorgung hochbetagter Menschen auf den Krankenhausbereich. Der regionale Vergleich zeigt große Unterschiede bei der Häufigkeit von Krankenhaus-Aufhalten der über 80-Jährigen: Während 2023 im Land NRW mit der höchsten Krankenhausedichte im Schnitt 68 Krankenhaus-Aufhalte Hochbetagter je 100 Einwohner zu verzeichnen waren, waren es in Baden-Württemberg nur 50 Klinikbehandlungen je 100 Einwohner. „Überspitzt könnte man sagen: Wo es besonders viele Krankenhäuser gibt, landen auch besonders viele Hochbetagte in der Klinik“, sagte Dr. David Scheller-Kreinsen, stellvertretender WIdO-Geschäftsführer und Mitherausgeber des Reports.

Der Krankenhaus-Report zeigt verschiedene Ansätze auf, wie die Versorgungsstrukturen verbessert werden können, um eine Überforderung der Kliniken und massive Ausgabensteigerungen in den nächsten Jahren zu verhindern. Dazu gehört aus Sicht der Expertinnen und Experten vor allem die Verhinderung stationärer Behandlungen durch Stärkung der vor- und nachklinischen Versorgung: „Wir müssen dafür sorgen, dass nur die Menschen im Krankenhaus behandelt werden, deren stationäre Behandlung nicht vermieden werden kann“, so Scheller-Kreinsen. Eine Stärkung der ambulanten Versorgung sei für die Betroffenen in der Regel medizinisch sinnvoller, ökonomisch günstiger und könne helfen, die kostbaren Krankenhaus-Ressourcen „sparsam und zukunftsfest“ einzusetzen.

### **1,4 Millionen pflegesensitive Krankenhaufälle pro Jahr vermeidbar**

Laut einer Analyse des WIdO für den Report hätten bei einer besseren ambulanten Versorgung sogenannter „pflegesensitiver Fälle“ in der Arztpraxis, im Pflegeheim oder zuhause allein im Jahr 2022 rund 1,4 Millionen Krankenhaufenthalte vermieden werden können. Das entspricht etwa 36 Prozent aller Krankenhaufälle pflegebedürftiger Personen. Als pflegesensitive Fälle bezeichnen die Experten Krankenhaufälle Pflegebedürftiger mit Erkrankungen wie Herzinsuffizienz oder Diabetes, die idealerweise von einem niedergelassenen Arzt oder im Pflegesetting versorgt werden sollten. Am höchsten ist das Potenzial vermeidbarer Krankenhaus-Aufenthalte in Bayern mit 295 Fällen je 1.000 Pflegebedürftige, am niedrigsten in Bremen mit 203 Fällen je 1.000 Pflegebedürftige.

„Bis zum Jahr 2050 wird die Anzahl der Hochaltrigen um mehr als 50 Prozent anwachsen. Gleichzeitig sinkt die Anzahl der Menschen im erwerbsfähigen Alter deutlich. Eine Überlastung der Kliniken und eine Überdehnung der GKV-Finzen durch die steigende Zahl dieser Fälle können wir nur durch grundlegende Strukturreformen und eine konsequente Ambulantisierung der Versorgung hochbetagter Menschen verhindern“, sagte AOK-Vorständin Carola Reimann. Die sogenannten sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen, die mit der Krankenhausreform geschaffen werden sollen, seien in diesem Zusammenhang „ein richtiger Ansatz“, so Reimann. Aus Sicht der AOK sollten sie aber – anders, als bisher in der Krankenhausreform vorgesehen – nur im Ausnahmefall stationäre Leistungen erbringen. „Der Fokus sollte ganz klar auf der ambulanten Versorgung mit Übernachtungsmöglichkeit und auf der Anschlussversorgung nach einem Krankenhausaufenthalt liegen“, forderte die AOK-Vorständin. Gerade hochbetagte Menschen, die keine High-Tech-Medizin in einem Akut-Krankenhaus benötigen, sondern hauptsächlich eine grundlegende Diagnostik, gute pflegerische Betreuung und Überwachung, könnten dann von dieser Versorgungsform profitieren.

#### **Lernen von europäischen Nachbarn bei prä- und poststationärer Versorgung**

Eine strukturell andere Organisation der Versorgung Hochaltriger vor und nach einem Krankenhaus-Aufenthalt forderte auch Professor Dr. Clemens Becker, Leiter der „Unit Digitale Geriatrie“ am Geriatrischen Zentrum des Universitätsklinikums Heidelberg. Deutschland erziele bei deutlich höheren Kosten schlechtere Ergebnisse, beispielsweise bei der Lebenserwartung.

Der Experte plädierte dafür, aus den Erfahrungen im europäischen Ausland zu lernen und das Gesundheitssystem mit Blick auf die demografischen Herausforderungen neu zu fokussieren. „Wir müssen runter mit den Ausgaben für Arzneimittel und die stationäre Versorgung und stattdessen mehr in die Allgemeinmedizin und die Prävention investieren. Das verbessert die Versorgung Hochaltriger und ist gleichzeitig günstiger“, sagte Becker. Dänemark und die Niederlande hätten bereits entsprechende Weichenstellungen vorgenommen und seien damit deutlich besser auf den demografischen Wandel eingestellt, so der Experte. Auch könne man von Projekten wie „Hospital@Home“ in der Schweiz lernen, mit denen stationäre Aufenthalte reduziert und die häusliche Versorgung gestärkt werden. Dabei spiele auch die Delegation ärztlicher Leistungen eine wichtige Rolle, die zu einer deutlichen Stärkung der pflegerischen und therapeutischen Berufe beitragen könne. „Wenn eine deutliche Verkürzung der Verweildauern erreicht werden soll, muss im Gegenzug die Postakutversorgung besser organisiert werden“, betonte Becker. Hierzu gehörten ein flächendeckendes Angebot an geriatrischer Rehabilitation und eine besser koordinierte Kurzzeitpflege.

### **Krankenhaus-Report 2025 beleuchtet viele Aspekte der Versorgung Hochbetagter**

Der diesjährige Krankenhaus-Report beleuchtet auf mehr als 500 Seiten verschiedene Aspekte der stationären Versorgung Hochbetagter. Er enthält Daten und Fakten zur aktuellen Versorgung dieser Gruppe und zur Abschätzung des künftigen Versorgungsbedarfs – auch im internationalen Vergleich. Zudem thematisiert er verschiedene Stationen im Versorgungspfad von der Notaufnahme über die intensivmedizinische Versorgung bis zur Geriatrie. Spezifische Versorgungsfragen und Managementherausforderungen, die mit der Behandlung dieser besonders vulnerablen Patientengruppe verbunden sind, werden im Report vertieft. Dazu gehören die Themen Fragilität, Demenz, postoperatives Delir, Polypharmazie oder der Einsatz digitaler Versorgungselemente sowie das Entlassmanagement. Nicht zuletzt geht es in dem Report um Ansätze zur Vermeidung nicht notwendiger Krankenhaus-Aufenthalte Hochaltriger. In der Rubrik „Zur Diskussion“ befasst sich der Report zudem mit dem aktuellen Stand der Krankenhausreform und bietet eine Analyse zum Thema Krankenhaus-Insolvenzen.

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

## Pressekonferenz Krankenhaus-Report 2025

# Statement von Dr. Carola Reimann

Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes

Es gilt das gesprochene Wort.

Sehr geehrte Damen und Herren,

vor ziemlich genau drei Wochen hat die neue Koalition aus Union und SPD ihren Koalitionsvertrag vorgelegt – und darin deutlich gemacht, dass sie auf der Krankenhausreform der Ampel-Koalition aufbauen will. Aus Sicht der AOK ist das eine gute Nachricht. Denn das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz der Ampel ist eine solide Basis für die notwendigen Strukturreformen zur Verbesserung der Behandlungsqualität und zur finanziellen Absicherung der bedarfsnotwendigen Kliniken. Es schafft einen bundeseinheitlichen Rahmen für die Festlegung der Leistungsgruppen in Verbindung mit der Einführung einer Vorhaltefinanzierung. Darauf kann die schwarz-rote Koalition aufbauen.

Jetzt geht es vor allem darum, dass die Krankenhausreform kein Papiertiger bleibt. Sie muss tatsächlich zu einem wirksamen Umbau der Krankenhaus-Strukturen führen. Dass dieser Strukturumbau vor allem angesichts des demografischen Wandels in unserer Gesellschaft absolut notwendig ist, zeigt Ihnen WIdO-Geschäftsführer David Scheller-Kreinsen heute auf Basis harter Zahlen und Fakten. Die deutschen Krankenhäuser werden in den nächsten Jahren und Jahrzehnten mit einer stetig steigenden Zahl hochaltriger Patientinnen und Patienten konfrontiert, während gleichzeitig die Personalressourcen trotz Zuwanderung immer knapper werden. Das ist eine doppelte Herausforderung, für die unsere Kliniken aktuell nicht gut gerüstet sind.

Ein Schlüssel zur Lösung dieses Problems liegt in einer stärkeren Ambulantisierung der Versorgung. Wir haben schon wiederholt darauf aufmerksam gemacht, dass bei uns im Vergleich zu anderen Ländern insgesamt viel zu viele Menschen aller Altersgruppen im Krankenhaus behandelt werden, die dort nicht zwingend hingehören oder sogar völlig überversorgt sind. Das ist teuer, ineffizient und bindet unnötigerweise Personal-Ressourcen. Diese Ressourcen benötigen wir dringend für die steigende Zahl älterer Menschen, die in den nächsten Jahrzehnten tatsächlich auf die umfassende Versorgung einer Klinik angewiesen sein werden.

Die Pandemie hat die gebotene Ambulantisierung im Krankenhaus-Bereich schon befördert. Das zeigen die gesunkenen Fallzahlen bei den sogenannten ambulant-sensitiven Diagnosen der letzten Jahre. Aber das war kein gesteuerter Prozess. Die Politik muss die Dinge in die Hand nehmen und dafür sorgen, dass mehr Menschen als bisher ambulant versorgt werden. Sie sollten die medizini-

sche Hilfe, die sie benötigen, nach Möglichkeit in der ambulanten Versorgung erhalten. Im Falle der pflegebedürftigen Menschen geschieht dies am besten direkt im Pflegeheim oder in der häuslichen Umgebung. Andere Länder machen uns vor, wie es geht. Das wird Ihnen Herr Professor Becker gleich näher erläutern.

Die sogenannten sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen, die mit der Krankenhausreform geschaffen werden sollen, sind in diesem Zusammenhang ein richtiger Ansatz – zumindest von der Idee her.

Ein entscheidender Fehler an der Reform der Ampel-Koalition ist aber, dass in diesen sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen auch zwingend stationäre Krankenhausleistungen durchgeführt werden müssen. Das ist aus unserer Sicht der falsche Ansatz, weil dadurch im schlimmsten Fall die Fortschreibung des Status quo zu anderen Preisen droht. Stattdessen sollten diese Einrichtungen nur in Ausnahmefällen und im Einvernehmen mit den regional zuständigen Krankenkassen Krankenhaus-Leistungen erbringen. Der Fokus sollte ganz klar auf der ambulanten Versorgung mit Übernachtungsmöglichkeit und auf der Anschlussversorgung nach einem Krankenhausaufenthalt liegen.

Gerade für kleine und bisher wenig spezialisierte Krankenhäuser kann dieser Ansatz eine echte und wirtschaftlich sinnvolle Chance sein. Nicht nur Kliniken in ländlichen Gebieten, sondern gerade auch Krankenhäuser in Ballungsgebieten kommen für diese neue Aufgabe in Frage. Sie können die ärztliche und pflegerische Vor-Ort-Versorgung übernehmen, die gerade hochaltrige Menschen so dringend benötigen. Wichtig ist, dass hier interprofessionelle und interdisziplinäre Teams zusammenarbeiten. Gerade hochbetagte Menschen, die keine High-Tech-Medizin in einem Akut-Krankenhaus benötigen, sondern hauptsächlich eine grundlegende Diagnostik sowie gute pflegerische Betreuung und Überwachung, könnten von dieser Versorgungsform profitieren.

Daneben ist es wichtig, dass die Notfallreform endlich auf den Weg gebracht wird. Der Gesetzentwurf der Ampel-Koalition hat bereits in die richtige Richtung gewiesen. Durch die digitale Vernetzung der Akutleitstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Rettungsleitstellen und die Einrichtung Integrierter Notfallzentren an ausgewählten Krankenhäusern können Hilfesuchende in die richtige Versorgungsebene gesteuert werden. Auch so können nicht notwendige stationäre Aufnahmen – gerade älterer Menschen – vermieden werden.

Ich möchte noch kurz auf den Koalitionsvertrag zurückkommen: Denn die im Vertrag vereinbarte Gewährung von Ausnahmen für die Länder von den bundesweiten Qualitäts-, Struktur- und Personalvorgaben der Reform sehen wir kritisch. Es ist zu befürchten, dass diese Ausnahmen zu Lasten der Patientensicherheit und der Versorgungsqualität gehen. Wir haben beim Thema Qualität – beispielsweise bei der Steuerung von Patientinnen und Patienten mit Krebs in zertifizierte Krebszentren – nach wie vor große Defizite. Das hat der Qualitätsmonitor des WIdO jüngst wieder

eindrucksvoll belegt. Die Länder haben jetzt die große Chance, mit einer neu aufgesetzten Krankenhausplanung wirklich etwas im Sinne der Patientinnen und Patienten zu ändern. Viele Länder haben sich hier auch schon auf den Weg gemacht. Da wäre es kontraproduktiv, wenn die neue schwarz-rote Regierung wieder Hintertüren und Schlupflöcher öffnen würde.

Bei der Frage, wie der Umbau der Krankenhauslandschaft ab 2026 finanziert werden soll, hat die neue Koalition gleich die richtigen Weichen gestellt: Der Ampel-Plan zur hälftigen Finanzierung des geplanten Krankenhaus-Transformationsfonds durch die gesetzliche Krankenversicherung ist mit dem Koalitionsvertrag von Union und SPD endlich vom Tisch. Es ist ordnungspolitisch sinnvoll und viel gerechter, dass die gesamtgesellschaftliche Aufgabe des Krankenhaus-Umbaus nun aus dem Sondervermögen Infrastruktur und damit aus Steuermitteln bezahlt werden soll.

Zum Schluss noch ein paar Worte zur viel diskutierten finanziellen Lage der Krankenhäuser, die Sie von einer Kassen-Chefin sicher auch erwarten: Die deutschen Krankenhäuser haben in den Jahren 2022 und 2023 durch die Corona-Sonderregelungen keine Mindereinnahmen gehabt, obwohl die Fallzahlen gesunken sind. Gestiegene Preise sind sowohl durch die Corona-Hilfen also auch die Energiehilfen des Bundes kompensiert worden. Es gibt nachweislich keine Lücke bei der Betriebskosten-Finanzierung. Wenn unmittelbare Transformationskosten gezahlt werden sollen, wie im Koalitionsvertrag angedacht, dann müssen diese aus Bundesmitteln bezahlt werden und dürfen nicht auf die Beitragszahlenden abgewälzt werden.

Zum Abschluss möchte ich noch einmal deutlich machen: Wir sind bereit, Krankenhäuser zu stützen und zu erhalten, die gerade in ländlichen Räumen für die Versorgung benötigt werden. Aber in vielen Fällen müssen sie sich wandeln – zum Beispiel zu einem zukunftsfest aufgestellten sektorübergreifenden Versorger. Wir müssen ran an die veralteten Strukturen – vor allem angesichts der Herausforderungen, die die Alterung der Gesellschaft mit sich bringen wird. Und ich nehme bei Bund und Ländern, aber auch bei vielen Krankenhaus-Trägern eine große Bereitschaft wahr, diese Herausforderungen mit dem KHVVG endlich anzugehen.

## 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 Krankenhausedichte 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 Krankheitsfälle, 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 Krankenhausaufenthalte pflegebedürftiger Personen. Auffällig ist, dass es sich dennoch um ressourcenintensive Fälle handelt – die mittlere Verweildauer der pflegesensitiven Krankenhausaufenthalte liegt mit acht Tagen deutlich höher als die durchschnittliche Verweildauer aller Krankenhausaufenthalte 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-Aufenthalte. Die 1,4 Millionen pflegesensitiven Krankenhausaufenthalte 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](mailto:presse@bv.aok.de)

# Versorgung Hochbetagter im Krankenhaus

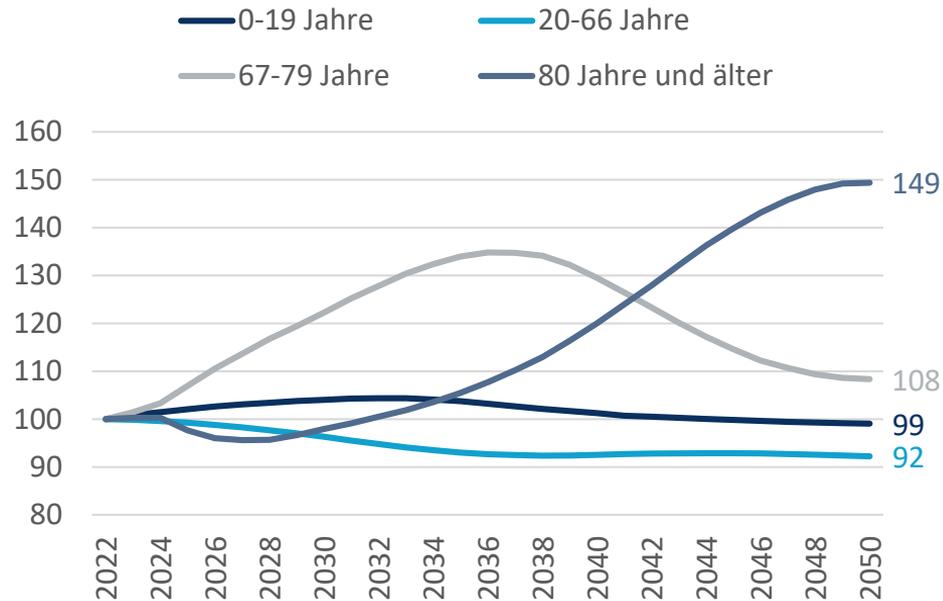
---

## **Ausgangslage und Handlungsbedarf**

Pressekonferenz zum Erscheinen des Krankenhaus-Reports 2025,  
Berlin, 30. April 2025  
Dr. David Scheller-Kreinsen

# Doppelte demografische Herausforderung: Deutlich mehr Hochbetagte stehen weniger Fachkräften gegenüber

Bevölkerungsentwicklung nach Altersgruppen, 2022 = 100



## Doppelte demografische Herausforderung

- Altersgruppe „20 bis 66 Jahre“ sinkt von 51,5 Mio. (2025) auf 45,9 Mio. (2050)<sup>(1)</sup>
- Altersgruppe „80 Jahre und älter“ steigt von 6,0 Mio. (2025) auf 9,1 Mio. (2050)<sup>(2)</sup>

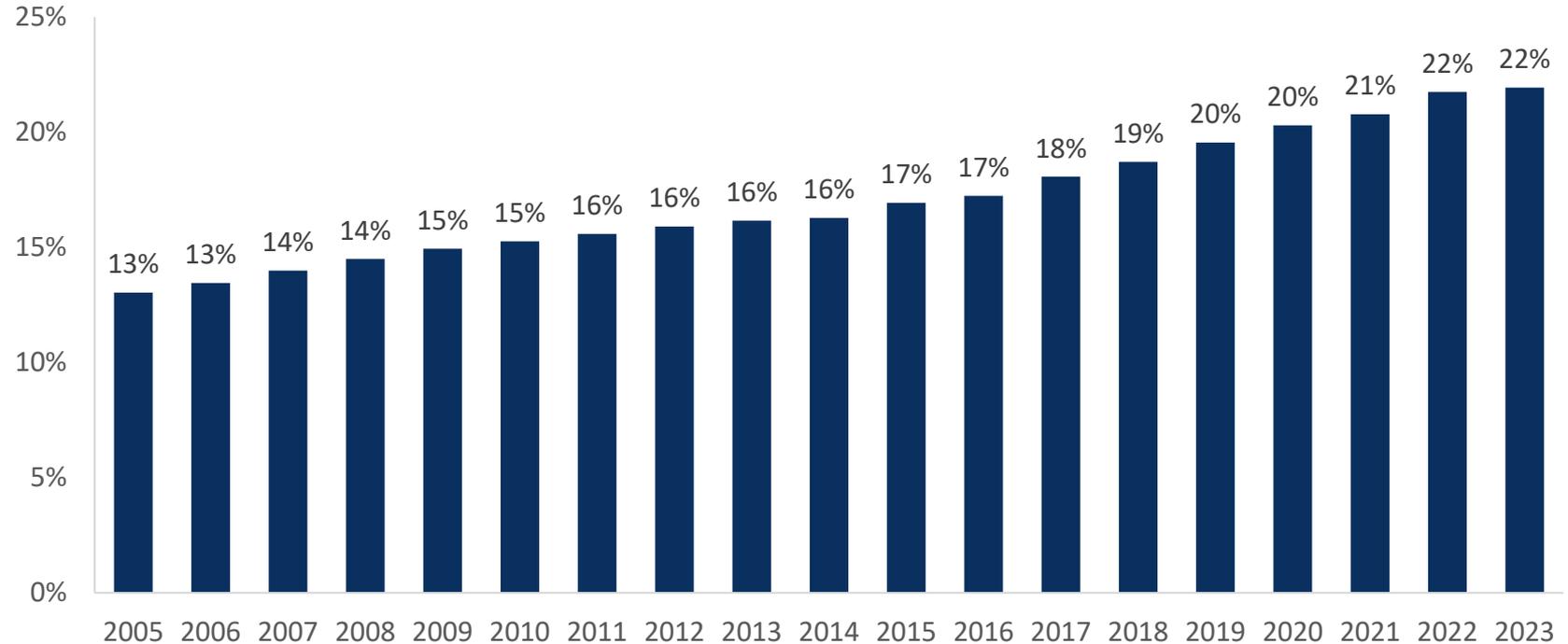
(1) Je nach Variante liegt die Zahl der Menschen im Alter von 20 bis 66 Jahren im Jahr 2050 zwischen 44,3 Mio. (Variante 10, G1L1W1) und 51,4 Mio. (Variante 11, G3L3W3).

(2) Je nach Variante liegt die Zahl der Menschen 80 Jahre und älter im Jahr 2050 zwischen 8,4 Mio. (Variante 5, G3L1W3) und 9,9 Mio. (Variante 4, G1L3W1).

Quelle: Destatis (Bevölkerungsvorausberechnung, Variante 2: G2L2W2)

# Anteil der Über-80-Jährigen an allen Krankenhausfällen steigt seit Jahren kontinuierlich an

Krankenhausfälle von Hochbetagten (80 Jahre und älter), Anteil an allen Krankenhausfällen in %



Anmerkung: Nur somatische Fälle. Quelle: Destatis (DRG-Statistik).

# Besondere Spezifika Hochbetagter, die besondere Behandlungsbedarfe nach sich ziehen

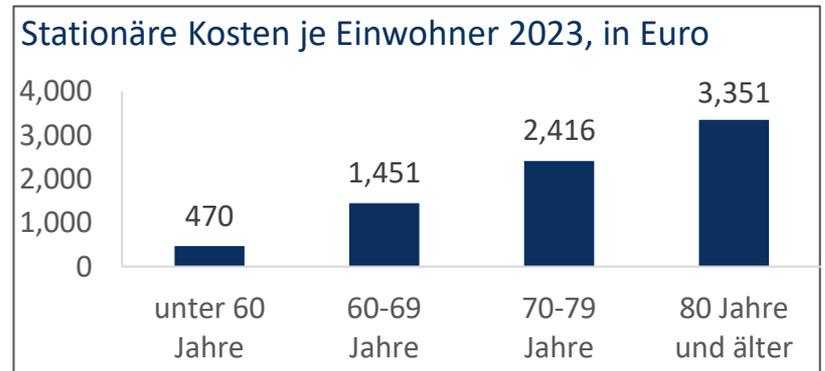
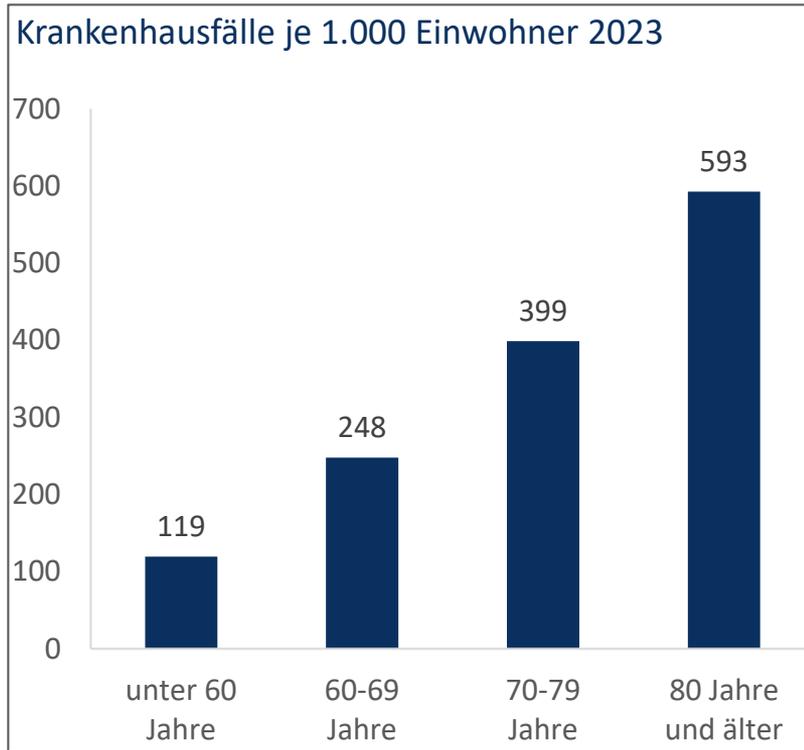
## Weitere Risikofaktoren Hochbetagter ...

- Multimorbidität:  
Leiden an Mehrfacherkrankungen
- Pflegebedürftigkeit
- Demenz
- Frailty  
Verminderte eigene Ressourcen und erhöhte Vulnerabilität gegenüber Veränderungen
- Eingeschränkte Kommunikationsfähigkeit

## ... führen zu ...

- Besonderen Behandlungsbedarfen
- Pflegerischen Herausforderungen
- Erhöhtem Risiko für Komplikationen, Versorgungsbrüche und -lücken

# Steigende Behandlungsintensität: Anzahl Krankenhausaufenthalte und Verweildauer im Krankenhaus nehmen mit steigendem Alter deutlich zu



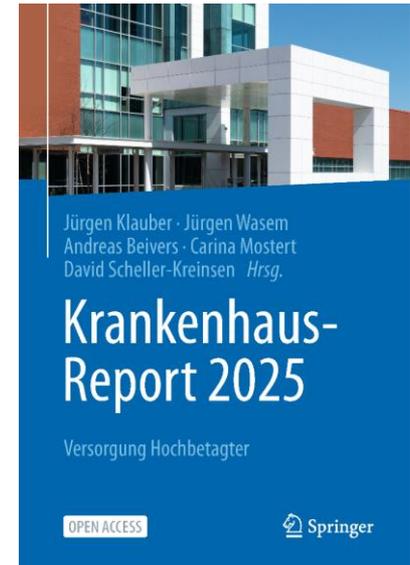
Quelle: Krankenhaus-Report 2025 (Kap. 1 – Storz-Pfennig und Krause).

# Krankenhaus-Report 2025 beleuchtet die Versorgung hochaltriger Menschen aus verschiedenen Perspektiven

---

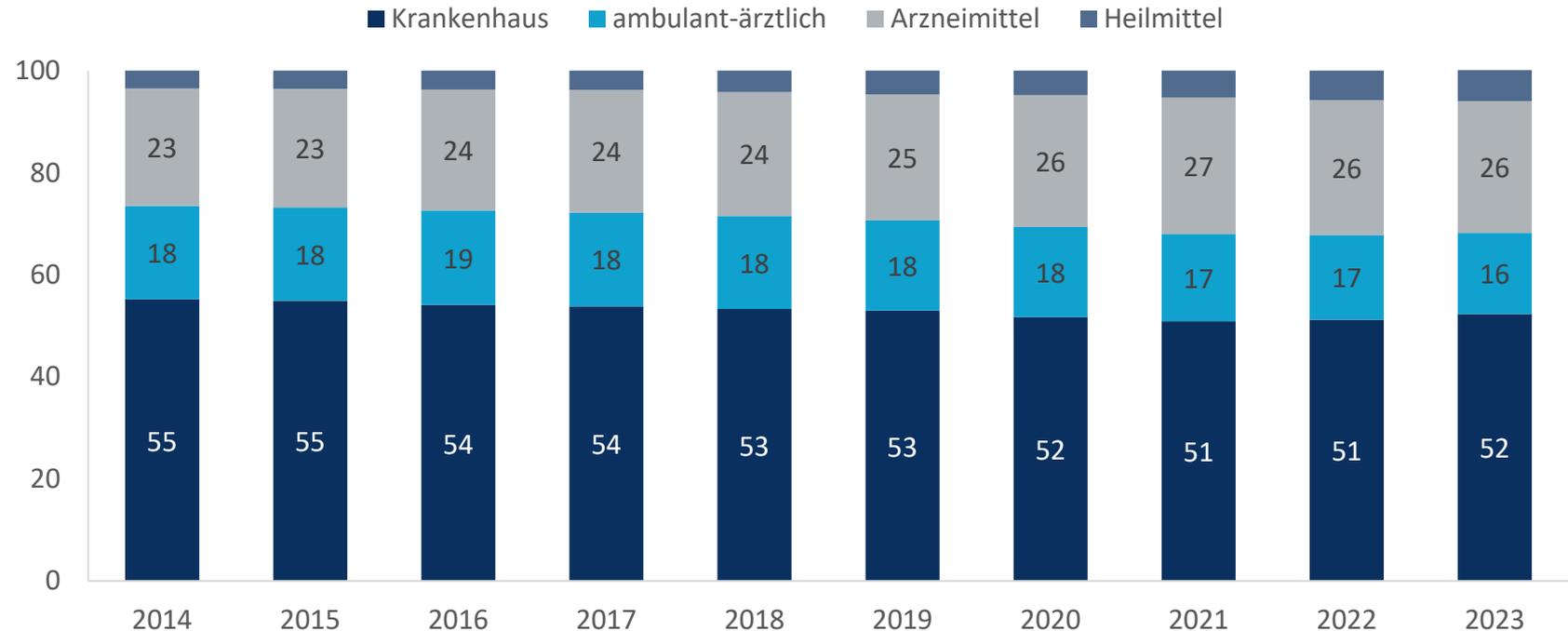
Perspektiven des Krankenhaus-Reports 2025 zum Schwerpunkt „Versorgung Hochbetagter“

- **Gesundheitsökonomische Analysen** zur Krankenhausversorgung hochbetagter Menschen
- **Versorgung Hochbetagter** an verschiedenen Stellen im Versorgungspfad
- **Spezifische Versorgungsfragen** und Managementherausforderungen
- **Vermeidbare Krankenhausbehandlungen**



# Nahezu unveränderte sektorale Zusammensetzung der Ausgaben für Hochbetagte deutet auf unveränderte ressourcenintensive Behandlung hin ...

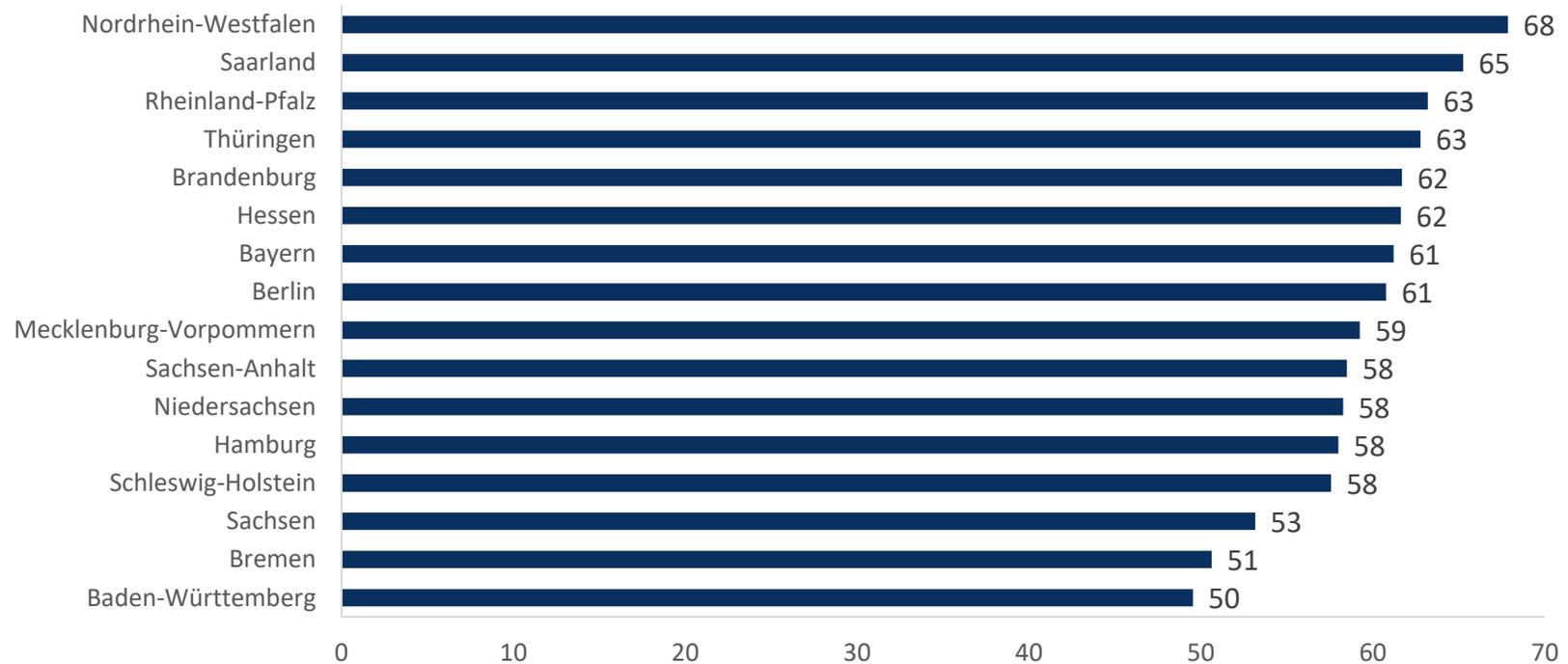
Sektorale Ausgaben an Gesamtausgaben für AOK-Versicherte 80 Jahre und älter, Anteil in Prozent



Quelle: Krankenhaus-Report 2025 (Kap. 2 – Schmuker et al.).

## ... aber es gibt deutliche Unterschiede in der Häufigkeit von Krankenhausbehandlungen Hochbetagter nach Bundesländern

### Krankenhausfälle 80 Jahre und älter je 100 Einwohner, 2023



Quelle: Krankenhaus-Report 2025 (Kap. 1 – Storz-Pfennig und Krause).

# Steigender Anteil hochaltriger Patienten als Herausforderung, muss aber nicht zur finanziellen oder personellen Überforderung führen

---

## Einerseits ...

- Hochbetagte erfordern u.a. durch Multimorbidität eine besonders intensive Behandlung und Zahl der Hochbetagten nimmt stetig zu
- Thesen, dass sich Ausgaben in die letzte Lebensdekade verlagern sind nicht belegt
- Ohne Anpassung der Versorgung von hochaltrigen Menschen ist mit massiven Ausgabensteigerungen zu rechnen (Kap. 4 – Breyer)

**Alterung der Bevölkerung und Nachfrage Hochbetagter nach Krankenhausbehandlung**

*Friedrich Breyer*

## Andererseits ...

- Nur rund 20 Prozent des Fallwachstums auf nachfrageseitige Faktoren (z.B. Altersstruktur oder Veränderung der Morbidität) zurückzuführen (Kap. 3 – Krämer und Schreyögg)
- Folglich: Veränderung der Inanspruchnahme zum Großteil durch Angebotsseite bestimmt
- Gestaltungsoptionen ableitbar

**Messung des Einflusses einer alternden Bevölkerung und anderer nachfrageseitiger Determinanten auf die Inanspruchnahme stationärer Leistungen**

*Jonas Krämer und Jonas Schreyögg*

# Es besteht die Notwendigkeit für eine aktive Gestaltung der medizinischen und pflegerischen Versorgungsstrukturen

## Organi- sation

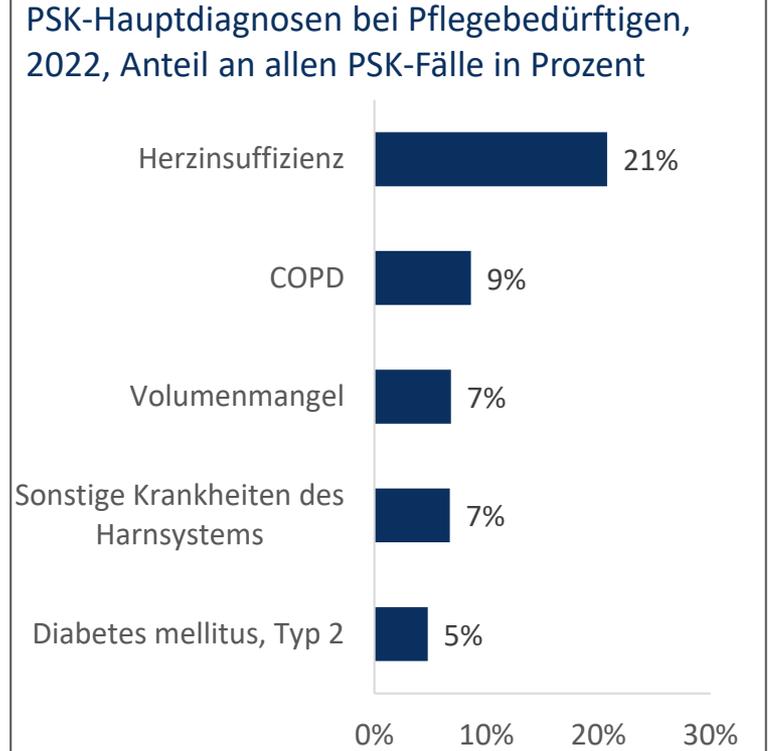
- Insbesondere in der Pflege: Fokus auf **psychosoziale und demenzspezifische Versorgungsbedarfe** Hochbetagter, u.a. durch **Schulungen und consequenten Wissensaufbau** für Handlungssicherheit der Beschäftigten im Umgang mit u. a. Demenz [Kap. 7 – Kirchen-Peters]
- Verstärkter **Einbezug geriatrischer Kompetenz** in die Behandlung [Kap. 5 – Meinck et al., Kap. 14 – Grund und Becker]
- Verbessertes Umgang mit **Polypharmazie** durch **digitales Medikamenten-Management** (Vermeidung unerwünschter Arzneimittelwirkungen) [Kap. 9 – Thürmann]
- Notaufnahme: **Entwicklung von Konzepten** für Umgang mit **unspezifischer Symptomatik und multidimensionalen Risikofaktoren** [Kap. 8 – Singler und Dormann]

## Ambulan- tisierung

- **Vermeidung nicht notwendiger Krankenhausaufenthalte** durch Auflösung der ambulanten und pflegerischen Versorgungsdefizite bei Hochbetagten [Kap. 17 – Behrendt et al., Kap. 20 – Pioch et al.]
- **Bessere Verzahnung und Integration von Behandlungsketten** [Kap. 5 – Meinck et al., Kap. 11 – Simon und Walker]

# Pflege-sensitive Krankenhausfälle als Indikator für vermeidbare KH-Aufenthalte von Pflegebedürftigen

- KH-Aufenthalte bei Pflegebedürftigen häufig mit **zusätzlichen somatischen Komplikationen** und psychischen Belastungen verbunden
  - Ziel: Vermeidung von KH-Aufenthalten und bestmögliche Versorgung bei frühzeitiger Versorgung im Pflegesetting
- **Pflege-sensitive KH-Fälle (PSK)** definiert über 58 Diagnosen, als Fälle, die keinen KH-Aufenthalt erfordern – bei optimalen Versorgungsbedingungen
- **Analyse** der Häufigkeit von PSK-Fällen bei Pflegebedürftigen – sowohl für Pflegeheimbewohnende als auch im häuslichen Setting Gepflegte



Quelle: Krankenhaus-Report 2025 (Kap. 17 – Behrendt et al.).

# Rund 1,4 Mio. Pflege-sensitive Krankenhausfälle im Jahr 2022

**Analyse:** Identifikation vermeidbarer Hospitalisierungen bei Pflegebedürftigen (Pflegeheimbewohnende und ambulante Pflege)

- 1,4 Millionen KH-Fälle<sup>(1)</sup> Pflegebedürftiger im Jahr 2022 durch PSK-Hauptdiagnose begründet (rund 36 Prozent aller KH-Fälle Pflegebedürftiger)
- Mittlere Verweildauer PSK-Fall länger als bei allen KH-Fällen

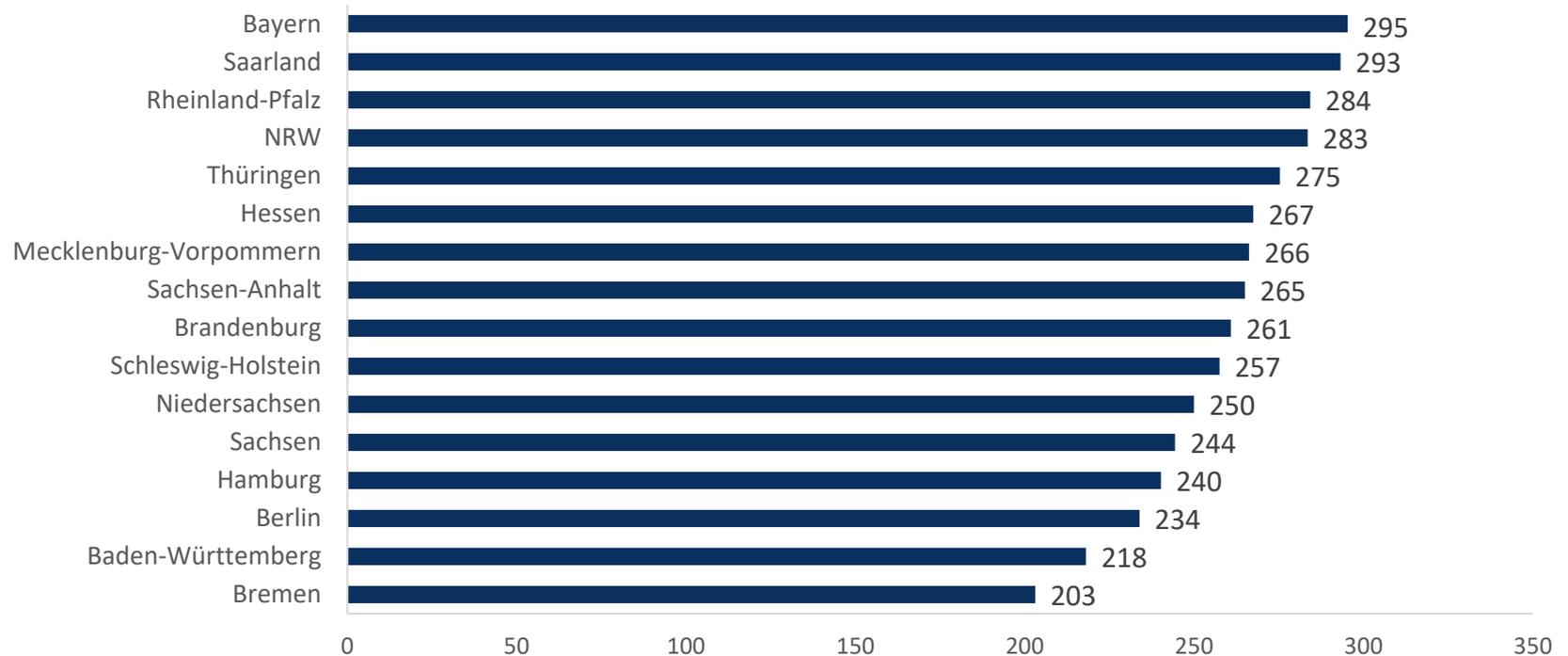


(1) Hochrechnung auf Basis von AOK-Daten.

Anmerkung: PSK – Pflege-sensitive Krankenhausfälle.

# Hohe Variation zwischen potenziell vermeidbaren Hospitalisierungen bei Pflegebedürftigen nach Bundesländern

Potenziell vermeidbare Hospitalisierungen (PSK-Fälle) bei Pflegebedürftigen je 1.000 Pflegebedürftigen, 2022



Anmerkung: Hochgerechnete Fälle auf Basis AOK-Daten mittels Pflegestatistik 2021. PSK – Pflege-sensitive Krankenhausfälle.

# Fazit

---

- **Doppelte demografische Herausforderung** birgt Gefahr, die Ressourcen der Krankenhausversorgung und der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu überdehnen
- Beiträge und Analysen im **Krankenhaus-Report 2025** zeigen:
  - Bislang kaum veränderte Versorgungsmuster bzw. Rolle des Krankenhauses, um auf veränderte Bevölkerungsstruktur zu reagieren
  - Aber: Herausforderung nicht schicksalhaft, sondern gestaltbar
  - Konkrete Gestaltungsoptionen sind zügig umzusetzen
    - ... in den Kliniken
    - ... durch Strukturreformen und Ambulantisierung
- Rund 1,4 Millionen pflege-sensitive Krankenhausfälle verdeutlichen Potenzial  
→ Versorgungsschnittstellen und **Vermeidung unnötiger Hospitalisierung** sind zentral!
- **Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen als** mögliche Verbesserungsoption der altersspezifischen Versorgung, aber es braucht noch viel mehr....

# Vielen Dank

---

Dr. David Scheller-Kreinsen

David.Scheller-Kreinsen@wido.bv.aok.de

# Krankenhausversorgung älterer Menschen im internationalen Vergleich

Prof. Dr. Clemens Becker

Geriatrisches Zentrum am Universitätsklinikum Heidelberg

<https://www.klinikum.uni-heidelberg.de/personen/prof-dr-med-clemens-becker-14604>

Im Prinzip ist das Altwerden erlaubt, aber es wird nicht gern gesehen.  
Dieter Hildebrand

Interessenkonflikte: keine

# Interviewpartner (Profs.)

Jesper Ryg  
Kopenhagen, DK

Thomas Münzer  
St. Gallen, CH

Wilco Achterberg  
Leiden, NL



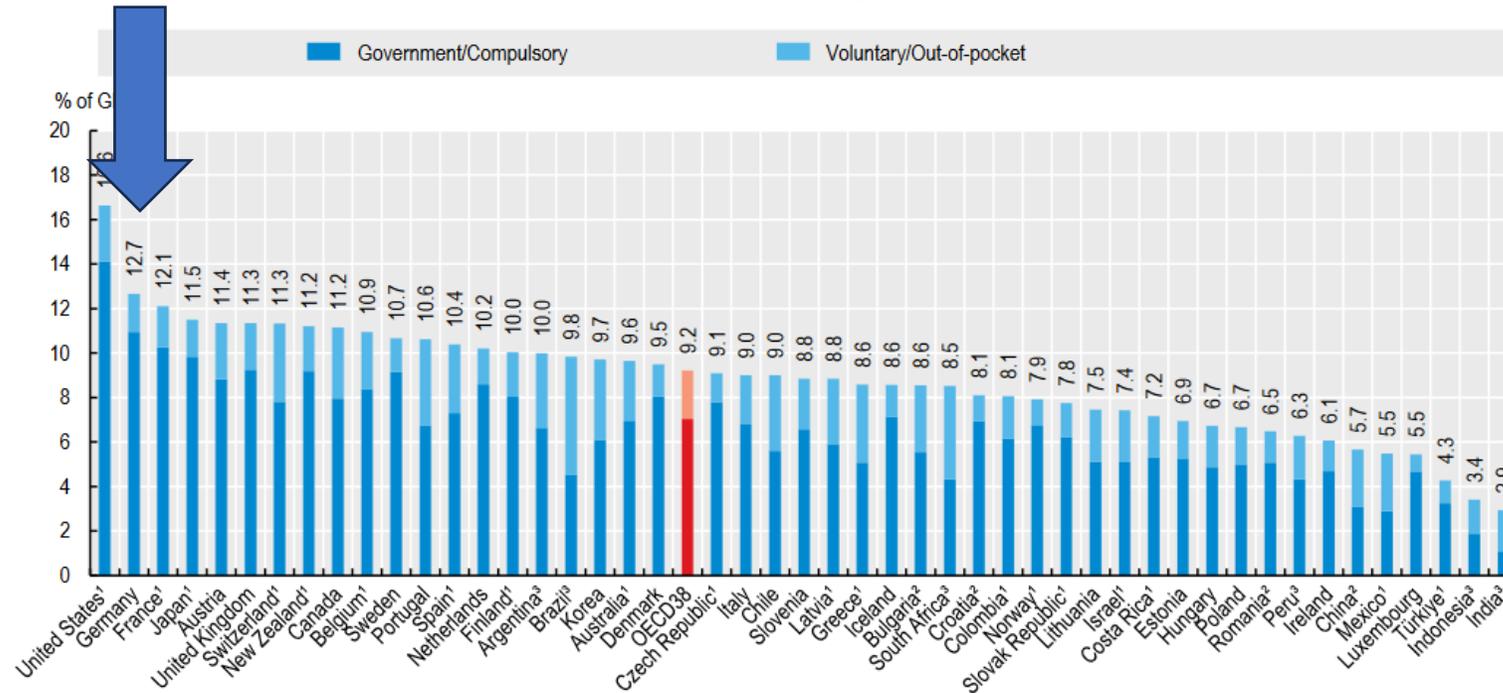
<https://www.obsan.admin.ch/de/gesundheitsthemen/gesundheit-der-bevoelkerung/gesundheitsberichte>

<https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/the-netherlands-health-system-summary-2024>

<https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/denmark-health-system-summary-2024>

# Deutschland hat in Europa die höchsten Ausgaben für die Gesundheit

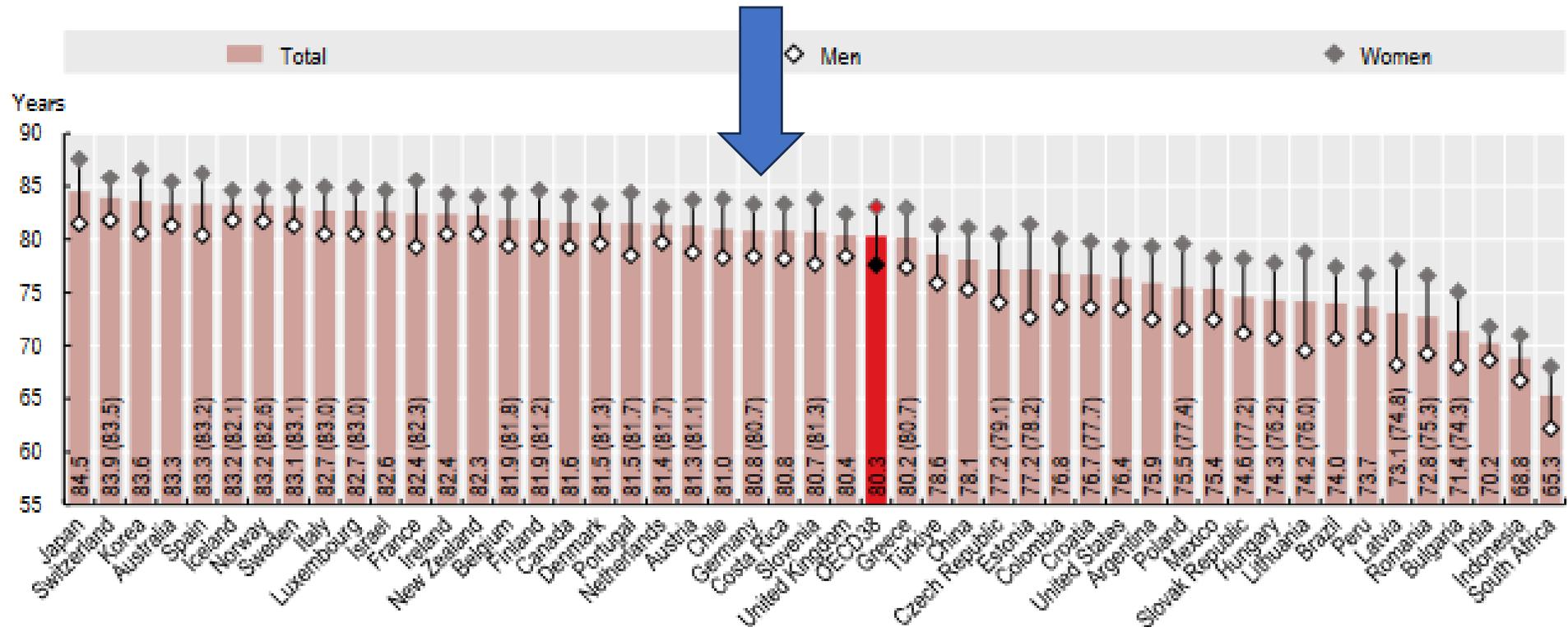
Figure 7.1. Health expenditure as a share of GDP, 2022 (or nearest year)



1. OECD estimate for 2022. 2. 2021 data. 3. 2020 data.  
Source: OECD Health Statistics 2023; WHO Global Health Expenditure Database.

# Aber nicht die besten Ergebnisse Die Lebenserwartung ist in Deutschland drei Jahr kürzer als in der Schweiz

Figure 3.1. Life expectancy at birth by sex, 2021 and 2022 (or nearest year)



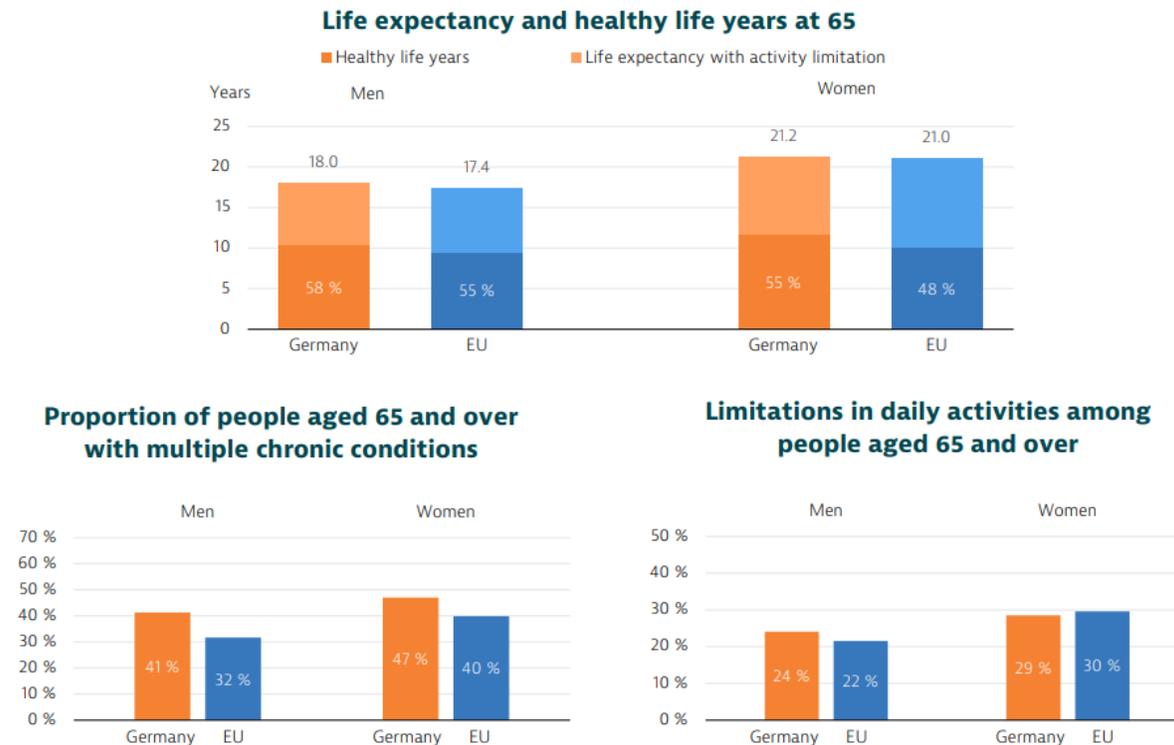
Note: Latest available data for the United Kingdom 2020; and for Türkiye 2019. Provisional 2022 values in brackets.

Source: OECD Health Statistics 2023, Eurostat 2023 for EU countries plus Iceland, Norway and Switzerland.

# Deutsche haben überdurchschnittlich viele chronische Erkrankungen und Einschränkungen im Alltag

GERMANY

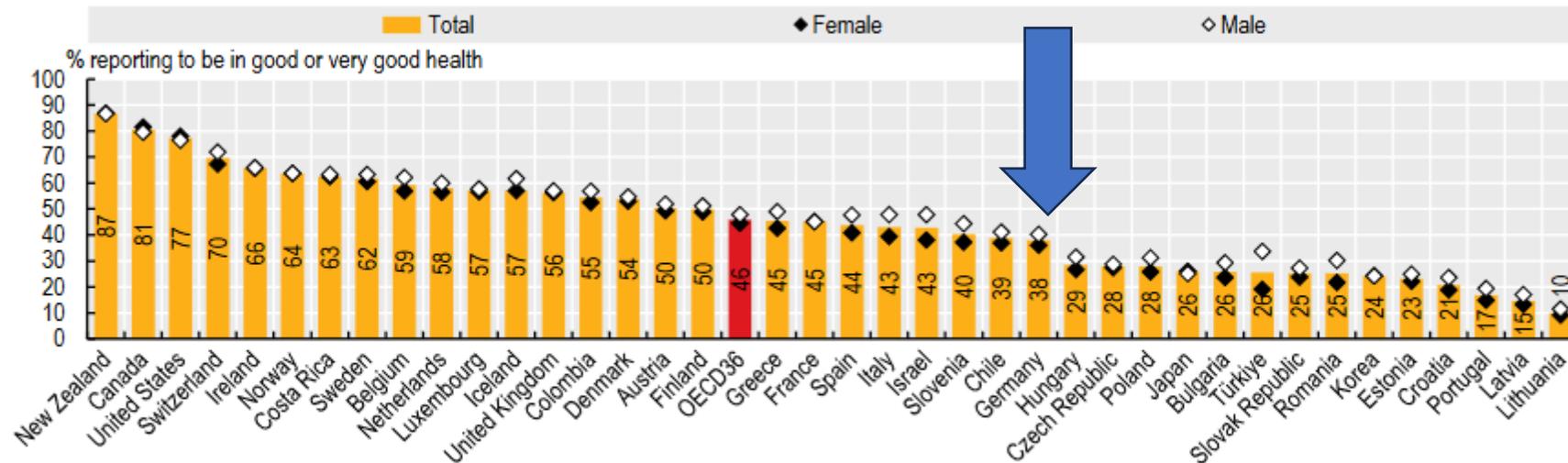
Figure 3. A high share of Germans over the age of 65 report multiple chronic conditions



Sources: Eurostat Database (for life expectancy and healthy life years) and SHARE survey wave 8 (for multiple chronic conditions and limitations in daily activities). All the data refer to 2020.

# Viele Menschen in Deutschland bewerten ihre Gesundheit als unterdurchschnittlich

Figure 10.5. Adults aged 65 and over rating their own health as good or very good, 2021 (or nearest year)



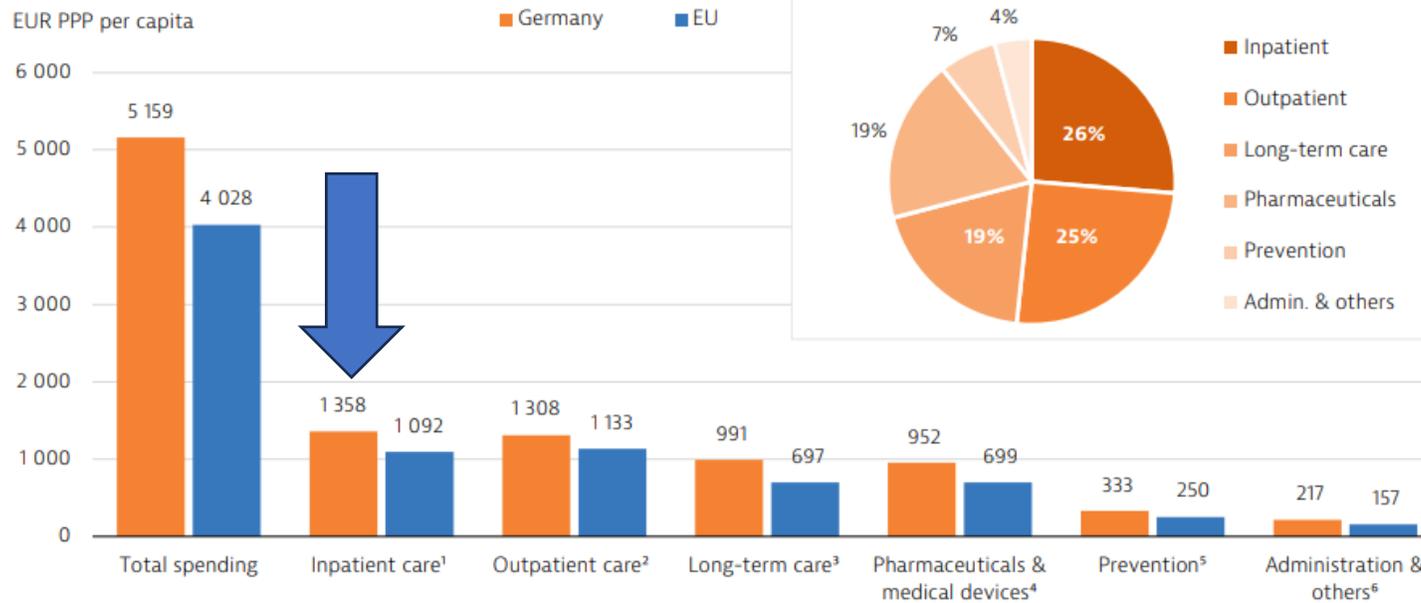
Note: Data for New Zealand, Canada and the United States are biased upwards relative to other countries, and so are not directly comparable.

Source: OECD Health Statistics 2023.

# Wir geben das Geld falsch aus: Medikamente+++ , Krankenhäuser++ , Pflegeheim++

GERMANY

**Figure 8. Germany dedicates a much higher share of health spending to long-term care than most other EU countries**

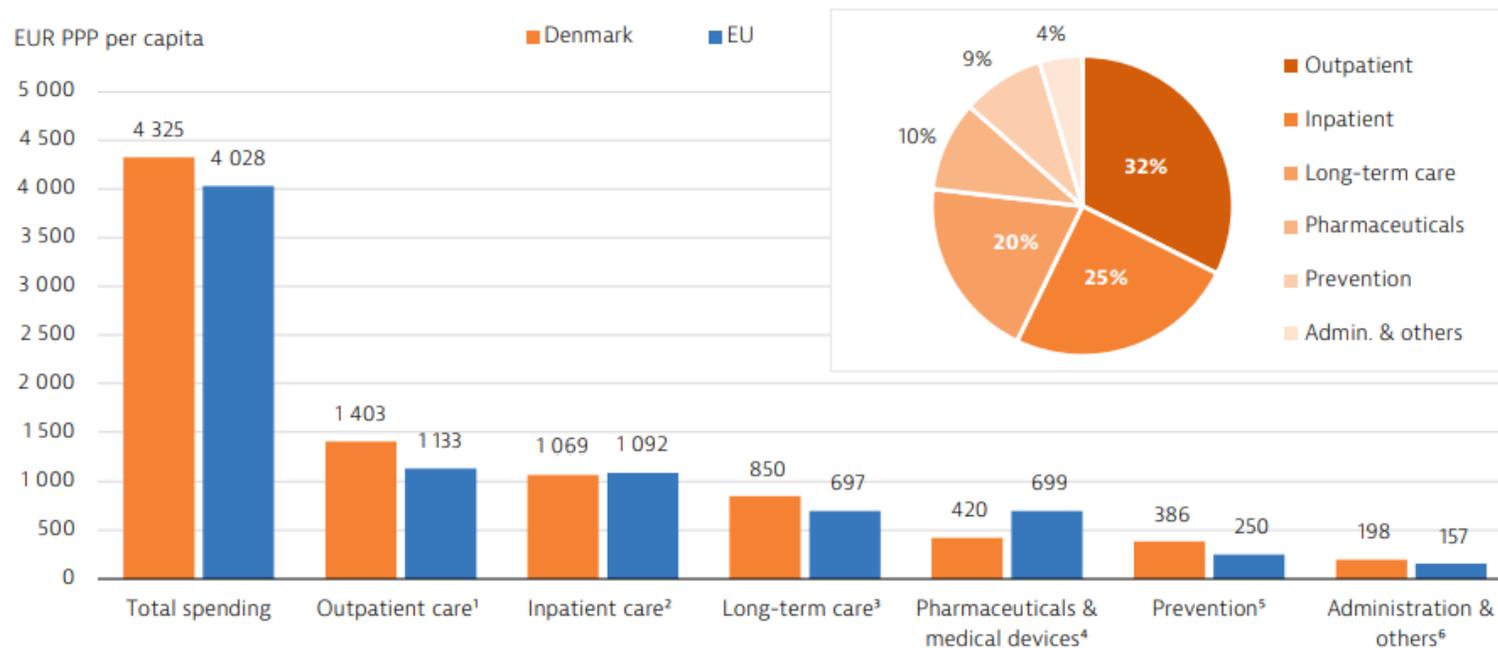


Notes: 1. Includes curative-rehabilitative care in hospital and other settings; 2. Includes home care and ancillary services (e.g. patient transportation); 3. Includes only the health component; 4. Includes only the outpatient market; 5. Includes only spending for organised prevention programmes; 6. Includes health system governance and administration and other spending.

Source: OECD Health Statistics 2023 (data refer to 2021, except Malta (2020)).

# Was machen die Nachbarn in Dänemark anders: Weniger für Krankenhaus und Medikamente Mehr für Allgemeinmedizin und Prävention

**Figure 10. Health spending is much higher on outpatient care than inpatient care**

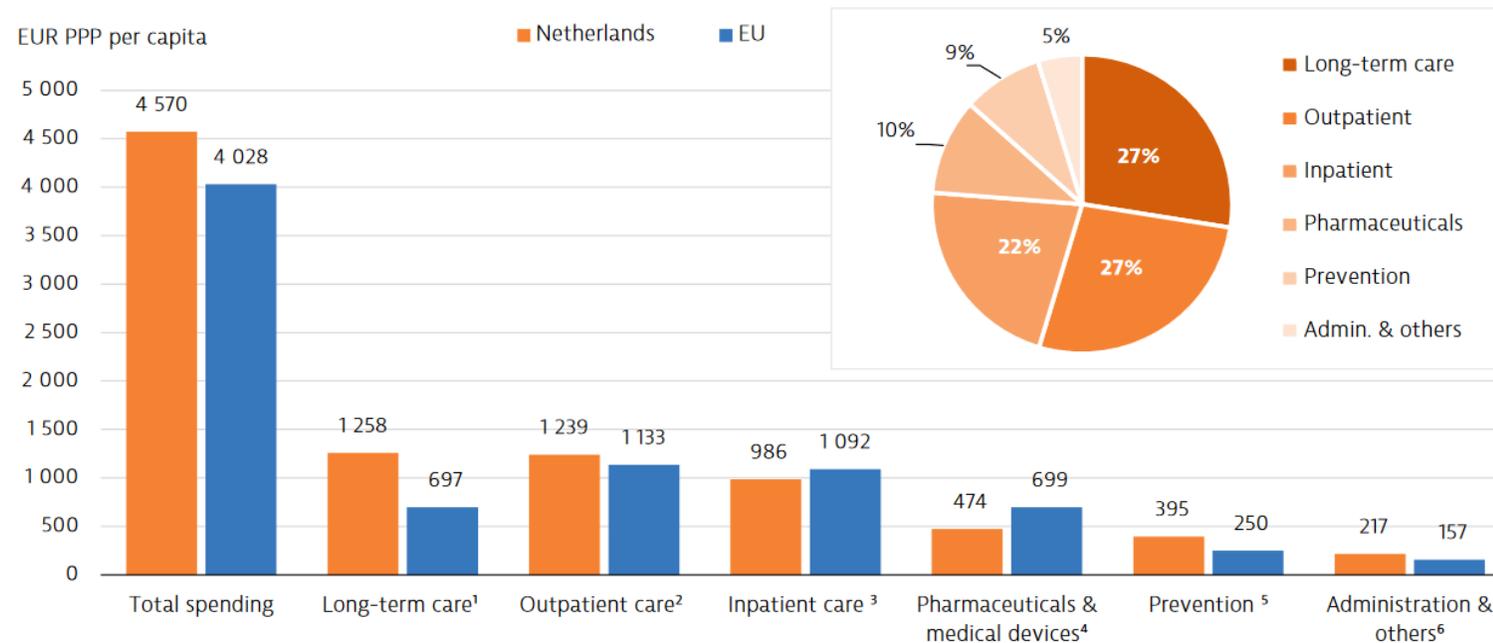


Notes: 1. Includes home care and ancillary services (e.g. patient transportation); 2. Includes curative-rehabilitative care in hospital and other settings; 3. Includes only the health component; 4. Includes only the outpatient market; 5. Includes health system governance and administration and other spending; 6. Includes only spending for organised prevention programmes.

Source: OECD Health Statistics 2023 (data refer to 2021).

# Was machen die Nachbarn in den NL anders: Weniger für Krankenhaus und Medikamente Mehr für Pflegeheimmedizin, Allgemeinmedizin und Prävention

**Figure 11. Long-term care absorbs the largest share of health spending in the Netherlands**

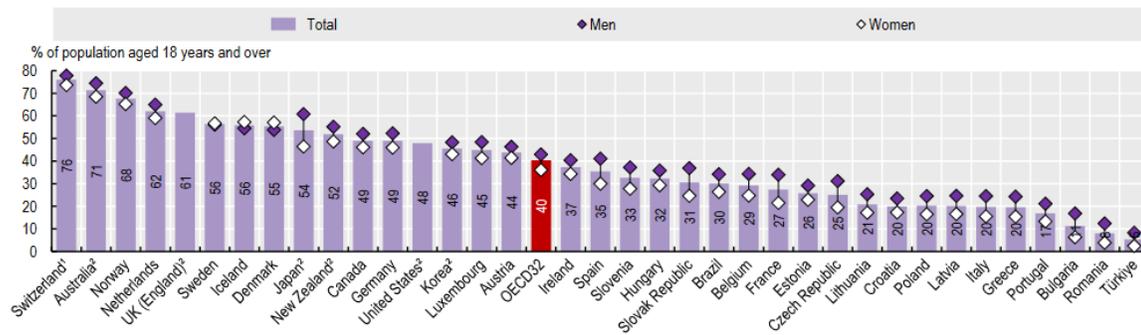


Notes: 1. Includes only the health component; 2. Includes home care and ancillary services (e.g. patient transportation); 3. Includes curative-rehabilitative care in hospital and other settings; 4. Includes only the outpatient market; 5. Includes only spending for organised prevention programmes; 6. Includes health system governance and administration and other spending. The EU average is weighted.

Source: OECD Health Statistics 2023 (data refer to 2021).

# Was machen die Schweizer anders: Viel mehr Delegation ärztlicher Leistungen (Pflege, Physiotherapie) Prävention: Bevölkerung ist körperlich viel aktiver, ...

Figure 4.11. Spending at least 150 minutes per week on physical activity, by sex, 2019 (or nearest year)

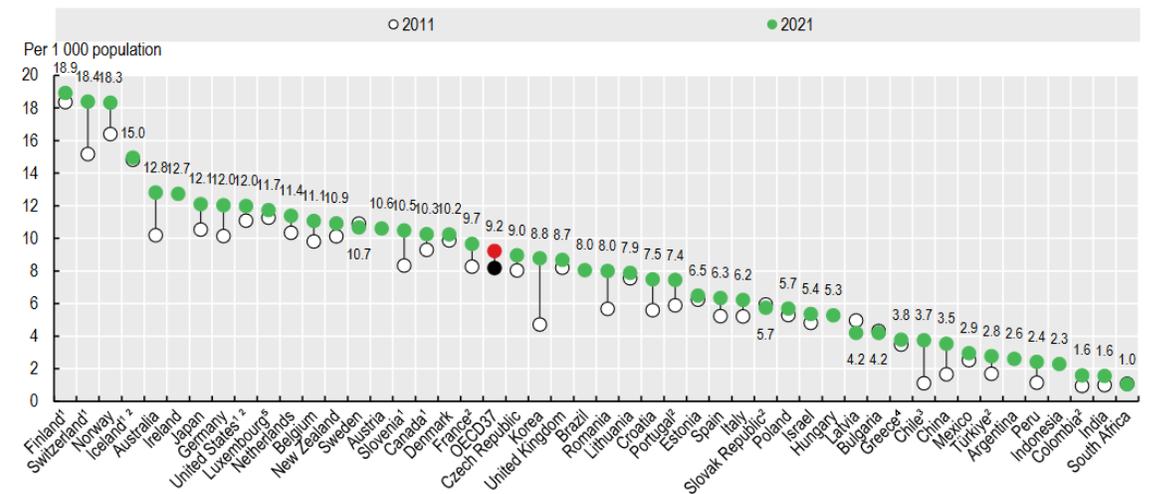


1. 2017 data, 2. 2020-22 data.

Source: Eurostat, EHIS, complemented with national sources for non-EU/EEA countries.

StatLink  <https://stat.link/15127k>

Figure 8.13. Practising nurses per 1 000 population, 2011 and 2021 (or nearest year)



# Was kann bald erfolgen

2025-2026

Stärkung der Allgemeinmedizin

Delegation ärztlicher Leistung: Pflege, Physiotherapie...

Telemedizin- u.a. Videokonsultation > 10/20/30%

Prävention: präventiver Hausbesuch, Frailty, Sturz, Delir, Kognition

Reduktion der Kosten für Medikamente und Medizinprodukte

# Was muss morgen erfolgen

2026-2027 +

Deutliche Verkürzung der Verweildauer im Akutkrankenhaus

Aufbau einer besseren Prä-/Post-Akutversorgung  
Hospital@Home, Level 1i, Geriatrische Rehabilitation

Ausbau der Digitalisierung ePA  
incl. generative KI – OpenEvidence/Meditron

# Ageing Work Force



# Vorausdenken: Gesundheitsversorgung muss überparteilich sein

