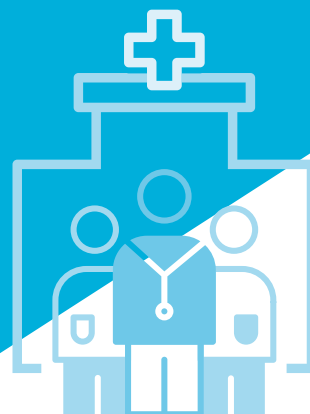




Krankenhausreport 2025

Demenzerkrankte in der akutstationären Versorgung



1 Einleitung

Der demografische Wandel stellt das deutsche Gesundheitssystem vor weitreichende Herausforderungen. Mit der steigenden Zahl älterer Menschen wächst auch der Bedarf an einer qualitativ hochwertigen altersgerechten Versorgung. Besonders deutlich wird diese Entwicklung am Beispiel der Demenz, die zunehmend in den Mittelpunkt medizinischer und gesellschaftlicher Aufmerksamkeit rückt. Im Jahr 2023 lebten in Deutschland etwa 1,84 Millionen Menschen mit einer Demenzdiagnose (Blotenberg et al., 2023). Bis zum Jahr 2050 könnte diese Zahl, Schätzungen zufolge, auf bis zu 2,8 Millionen ansteigen – eine Entwicklung mit weitreichenden Folgen für das Versorgungssystem (Nichols et al., 2022). Die wachsende gesellschaftliche Relevanz spiegelt sich auch im öffentlichen Stimmungsbild wider: Etwa 42 Prozent der Bevölkerung in Deutschland äußern große Sorgen, im Alter selbst an einer Demenz zu erkranken und pflegebedürftig zu

werden (DZNE, 2024). Demenz führt nicht nur zum fortschreitenden Verlust kognitiver Fähigkeiten, sondern ist auch mit einer erhöhten Mortalitätsrate verbunden. Rund fünf Prozent aller Todesfälle in Deutschland stehen im Zusammenhang mit einer Demenzerkrankung – etwa infolge von Infektionen, Mangelernährung oder schweren Stürzen. Darüber hinaus verursacht Demenz erhebliche wirtschaftliche Belastungen. Für das Jahr 2020 werden die Kosten im Zusammenhang mit Demenz in Deutschland auf rund 83 Milliarden Euro geschätzt (DZNE, 2024). 45 Milliarden Euro davon sind der Gegenwert der geleisteten informellen Pflege durch Angehörige.

Mit der wachsenden Zahl älterer Patientinnen und Patienten nimmt auch die Bedeutung demenzsensibler Versorgung im Krankenhaus zu. Immer häufiger begegnen Kliniken einer Patientengruppe, deren Krankheitsbild eine besondere medizinische, pflegerische sowie strukturelle Aufmerksamkeit erfordern – und



dabei über die klassische Akutversorgung hinausgehen. Eine Studie der Robert Bosch Stiftung aus dem Jahr 2019 zeigt Folgendes: Rund 18 Prozent der Krankenhauspatientinnen und -patienten über 65 Jahre leiden an einer Demenz, 60 Prozent dieser Demenzerkrankten sind pflegebedürftig (Bickel et al., 2019). Hinzu kommt, dass die Demenzerkrankung dem Krankenhauspersonal bei der Aufnahme häufig nicht bekannt ist. Die stationäre Versorgung dieser Menschen stellt Kliniken vor erhebliche Herausforderungen, auf die bislang nur wenige Einrichtungen systematisch vorbereitet sind.

Für Personen mit Demenz und deren Angehörige bedeutet ein Krankenhausaufenthalt meist eine große Belastung. Die ungewohnte Umgebung, ein unstrukturierter Tagesablauf und fehlende Bezugspersonen können demenztypische Verhaltensauffälligkeiten wie Weglauftendenzen, Unruhe oder aggressive Reaktionen auslösen beziehungsweise verstärken – mit unmittelbaren Auswirkungen auf das Pflegepersonal und den Ablauf des Klinikbetriebs sowie den Gesundheitszustand der Patientinnen und Patienten (Kirchen-Peters et al., 2020; Kirchen-Peters, 2025). Auch die bauliche und organisatorische Ausstattung vieler Krankenhäuser ist bislang nicht auf die besonderen Anforderungen dieser Patientengruppe ausgelegt. Unübersichtliche Raumstrukturen wirken desorientierend, tagesstrukturierende Maßnahmen fehlen häufig vollständig. Damit wird Folgendes deutlich: Die stationäre Versorgung von Menschen mit Demenz erfordert nicht nur medizinisches und pflegerisches Fachwissen, sondern auch ein umfassendes, interdisziplinäres Konzept – von der Architektur bis zur Personalentwicklung.

Aus medizinischer sowie gesundheitspolitischer Sicht sollte daher der Frage nachgegangen werden, wie sich stationäre Aufenthalte auf die Lebensqualität und den Krankheitsverlauf von Menschen mit Demenz auswirken – und wie sich negative Folgen gezielt vermeiden oder zumindest abmildern lassen.

Der diesjährige Krankenhausreport greift diese Fragestellungen auf und leistet einen datenbasierten Beitrag zur aktuellen Diskussion über die stationäre Versorgung von Menschen mit Demenz. Auf Grundlage von Routinedaten der BARMER werden Patientinnen und

Patienten mit einer Demenzdiagnose identifiziert, systematisch beschrieben und auf relevante Merkmale hin untersucht. Darüber hinaus werden zukünftige Fallzahlen prognostiziert, um den Versorgungsbedarf im stationären Sektor besser abschätzen zu können. Im Zentrum der Analyse steht schließlich die Frage, ob sich die Behandlungsergebnisse (Outcomes) von Menschen mit Demenz bei stationären Fällen mit den Behandlungsgründen Herzinsuffizienz und Femurfraktur systematisch von denen anderer Patientengruppen unterscheiden – mit Blick auf zentrale Aspekte wie Verweildauer, adverse Ereignisse und funktionelle Verschlechterung. Bei diesen Diagnosen handelt es sich um die häufigsten Behandlungsgründe bei Menschen mit Demenz, wodurch sie eine solide Grundlage für belastbare Analysen bieten.

2 Hintergrund

Zahlreiche Studien zeigen auf, dass ein Krankenhausaufenthalt für Menschen mit Demenz mit deutlich schlechteren Behandlungsergebnissen verbunden ist als für andere Patientengruppen. Selbst unter Berücksichtigung verschiedener Risikofaktoren weisen Patientinnen und Patienten mit Demenz eine höhere Sterblichkeit sowohl während des Klinikaufenthalts als auch im Verlauf des darauffolgenden Jahrs auf (Sampson et al., 2013; Rao et al., 2016; De Matteis et al., 2023). So zeigen Sampson et al. (2013), dass das Sterberisiko innerhalb der ersten zwölf Monate nach einem Krankenhausaufenthalt bei Menschen mit Demenz signifikant höher ist als bei nicht demenziell Erkrankten – insbesondere bei mittelschwerer oder schwerer Ausprägung der Erkrankung.

Auch im Hinblick auf andere Ergebnisindikatoren werden deutliche Unterschiede ersichtlich: Der Überblicksartikel von Rao et al. (2016) bestätigt nicht nur eine höhere Mortalität, sondern verweist zudem auf eine größere Wahrscheinlichkeit für Wiedereinweisungen nach einem stationären Aufenthalt. Die systematische Übersichtsarbeit von Ma et al. (2019) gelangt zu einem ähnlichen Ergebnis: Menschen mit Demenz haben signifikant höhere 30-Tage-Wiederaufnahmeraten im Vergleich zu anderen Patientengruppen.

Ein weiteres häufig analysiertes Merkmal ist die erhöhte Verweildauer: Die Übersichtsarbeit von Möllers et al. (2019) zeigt, dass in 52 von 60 einbezogenen Studien eine signifikant verlängerte stationäre Aufenthaltsdauer bei Patientinnen und Patienten mit Demenz festgestellt wurde.

Maßnahmen zum Umgang mit Demenzerkrankten im stationären Sektor

Die in der Literatur sowie in unseren Analysen deutlich werdenden Risiken und schlechteren Versorgungsergebnisse für Menschen mit Demenz fokussieren den besonderen Unterstützungsbedarf dieser Patientengruppe im Krankenhaus. Vor diesem Hintergrund wurden in Deutschland verschiedene Initiativen und Maßnahmen entwickelt, um die stationäre Versorgung von Demenzerkrankten gezielt zu verbessern.

Ein zentraler Ansatz sind sogenannte „Special Care Units“ mit speziellem demenzsensiblen Konzept, die in einigen Krankenhäusern eingerichtet wurden. Bundesweit existieren derzeit 44 solcher spezialisierter geriatrischer Einheiten. Diese verfolgen das Ziel, die stationäre Versorgung auf die besonderen Bedürfnisse von Menschen mit kognitiven Einschränkungen auszurichten – etwa durch eine angepasste Umgebung, personelle Kontinuität und spezifische therapeutische Angebote. Ergänzend dazu hat die Robert Bosch Stiftung einen Leitfaden zur Gestaltung demenzsensibler Krankenhäuser veröffentlicht (Kirchen-Peters & Krupp, 2019). Darin wird empfohlen, sowohl die räumlichen Strukturen als auch die Abläufe und das Verhalten des Krankenhauspersonals systematisch an die Bedürfnisse von Demenzerkrankten anzupassen. Dazu zählen Maßnahmen wie eine bessere Tagesstrukturierung, Schulungen für Mitarbeitende aller Berufsgruppen, der gezielte Einbezug von Angehörigen sowie eine bewusste Kommunikation im Umgang mit Betroffenen. Ziel ist es, einerseits die Zufriedenheit und Sicherheit der Patientinnen und Patienten zu erhöhen und andererseits Risiken wie Stürze, Delirien oder herausforderndes Verhalten zu reduzieren.

Immer mehr Kliniken ernennen darüber hinaus sogenannte Demenzbeauftragte. Diese speziell fortgebilde-

ten Pflegekräfte oder Ärztinnen und Ärzte fungieren als Ansprechpersonen und koordinieren Maßnahmen im Umgang mit demenziell erkrankten Patientinnen und Patienten innerhalb der Klinik (BMFSFJ, 2025a).

Eine weitere Maßnahme für eine potenzielle Verbesserung der Versorgung ist die Möglichkeit, dass vertraute Bezugspersonen – wie nahe Angehörige oder Betreuungspersonen – Demenzerkrankte während des Krankenhausaufenthalts begleiten. Diese Begleitung kann für Betroffene eine wichtige Orientierung bieten und dadurch den Aufenthalt weniger belastend gestalten sowie das Risiko von Komplikationen wie einem Delir verringern. Nach § 11 Absatz 3 SGB V übernehmen die gesetzlichen Krankenkassen auf Antrag die Kosten für die Unterbringung einer Begleitperson, wenn ein entsprechendes ärztliches Attest vorliegt (BMFSFJ, 2025b).

Darüber hinaus gibt es Initiativen baulicher und gestalterischer Anpassungen der Umgebung, ehrenamtlicher Unterstützungsangebote sowie sektorenübergreifender Versorgungsansätze, um den stationären Aufenthalt für Menschen mit Demenz sicherer und würdevoller zu gestalten.

3 Daten

Vor diesem Hintergrund wird die Gruppe der demenzerkrankten Patientinnen und Patienten im Krankenhaus analysiert. Mithilfe der Routinedaten der BARMER werden demografische Merkmale sowie häufige Aufnahmeanlässe erfasst und es wird so ein Bild der stationären Versorgungssituation gezeichnet. Im zweiten Schritt werden zentrale Outcomes zwischen Patientinnen und Patienten mit und solchen ohne Demenz verglichen, um systematische Unterschiede sichtbar zu machen und besser einordnen zu können.

Die Analysen basieren auf BARMER-Routinedaten von rund 8,7 Millionen Versicherten (etwa 10,3 Prozent der deutschen Gesamtbevölkerung) der Jahre 2010 bis 2023. Um Aussagen auf Bevölkerungsebene treffen zu können, werden die Werte auf die Gesamtbevölkerung Deutschlands des jeweiligen Jahres hochgerechnet. Dazu wird zunächst die Anzahl der BARMER-Versicherten nach Bundesland, Altersgruppe und Geschlecht

in jedem Jahr am Stichtag zum 31. Dezember ermittelt; und diese Werte werden mit den entsprechenden Daten für die gesamte deutsche Bevölkerung verglichen. Darauf aufbauend wird ein Hochrechnungsfaktor für alle BARMER-Versicherten je Bundesland, Altersgruppe und Geschlecht für jedes Jahr errechnet. Der Hochrechnungsfaktor bestimmt sich als Quotient der Bevölkerung in Deutschland je Bundesland, Altersgruppe und Geschlecht im jeweiligen Jahr, geteilt durch die Anzahl der BARMER-Versicherten je Bundesland, Altersgruppe und Geschlecht im jeweiligen Jahr.

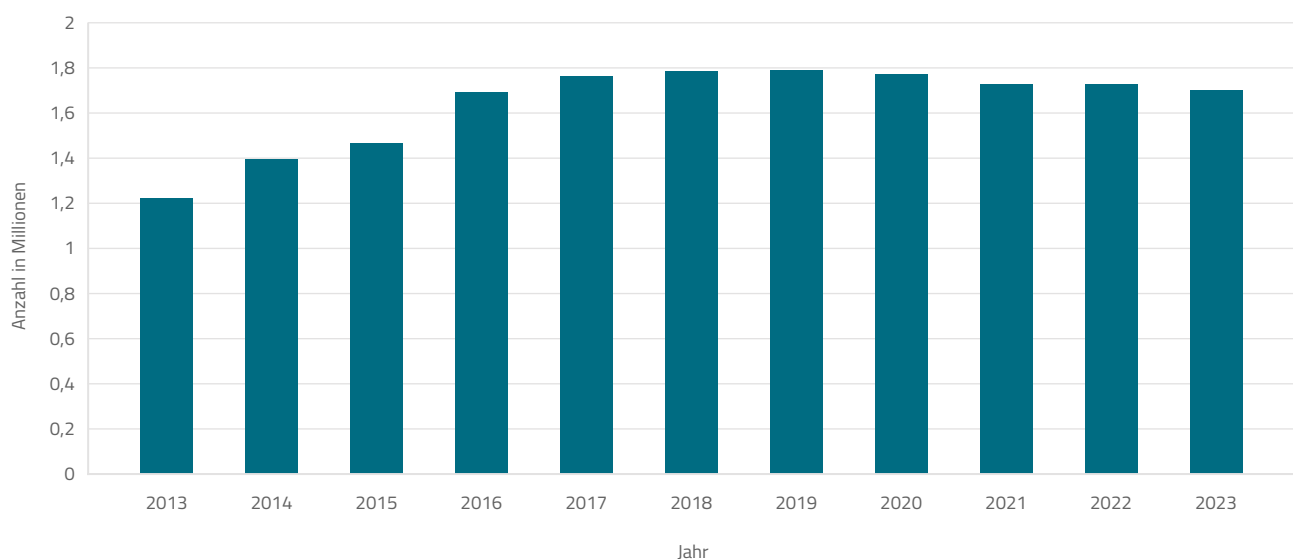
Im Rahmen der Analysen werden demenzerkrankte Patientinnen und Patienten anhand ihrer stationären und ambulanten Behandlungen sowie der entsprechenden Diagnosen unter Zuhilfenahme des M2Q-Kriteriums identifiziert. Dementsprechend gilt eine Person als demenzerkrankt, wenn in mindestens zwei Quartalen eines Jahres ambulante Demenzdiagnosen vorliegen. Dieses eher konservative Vorgehen wurde beispielsweise in einer Studie des RKI zur Schätzung der Prävalenz von Demenzerkrankungen in GKV-Routinedaten verwendet (Rommel et al., 2025).

4 Demenzerkrankungen in Deutschland

Seit 2013 ist die Zahl der Menschen mit einer Demenzerkrankung deutlich gestiegen: von rund 1,2 Millionen auf knapp 1,8 Millionen im Jahr 2019 (Abbildung 1). Seither ist ein marginaler Rückgang zu verzeichnen. Für das Jahr 2023 lag die Zahl der Betroffenen in Deutschland bei 1,7 Millionen – ein Wert, der im Rahmen bestehender Schätzungen liegt (Blotenberg et al., 2023; Rommel et al., 2025).

Die pandemiebedingten Einschränkungen dürften diese Entwicklung jedoch beeinflusst haben. In den Jahren 2020 und 2021 sollten nicht dringend erforderliche ambulante Behandlungen möglichst vermieden werden. Wir gehen deshalb davon aus, dass viele notwendige Arztkontakte verschoben oder unterlassen wurden und es infolgedessen zu einer Untererfassung von Neuerkrankungen kam. Gleichzeitig hatten ältere, häufig multimorbide Menschen ein erhöhtes Risiko für schwere COVID-19-Verläufe. Ihre überdurchschnittlich hohe Sterblichkeit während der Pandemie legt nahe, dass die Zahl der Todesfälle zeitweise die der Neuerkrankungen überstieg – was den Rückgang der erfassten Fallzahlen plausibel erklärt.

Abbildung 1: Demenzerkrankte (hochgerechnet) nach Jahren

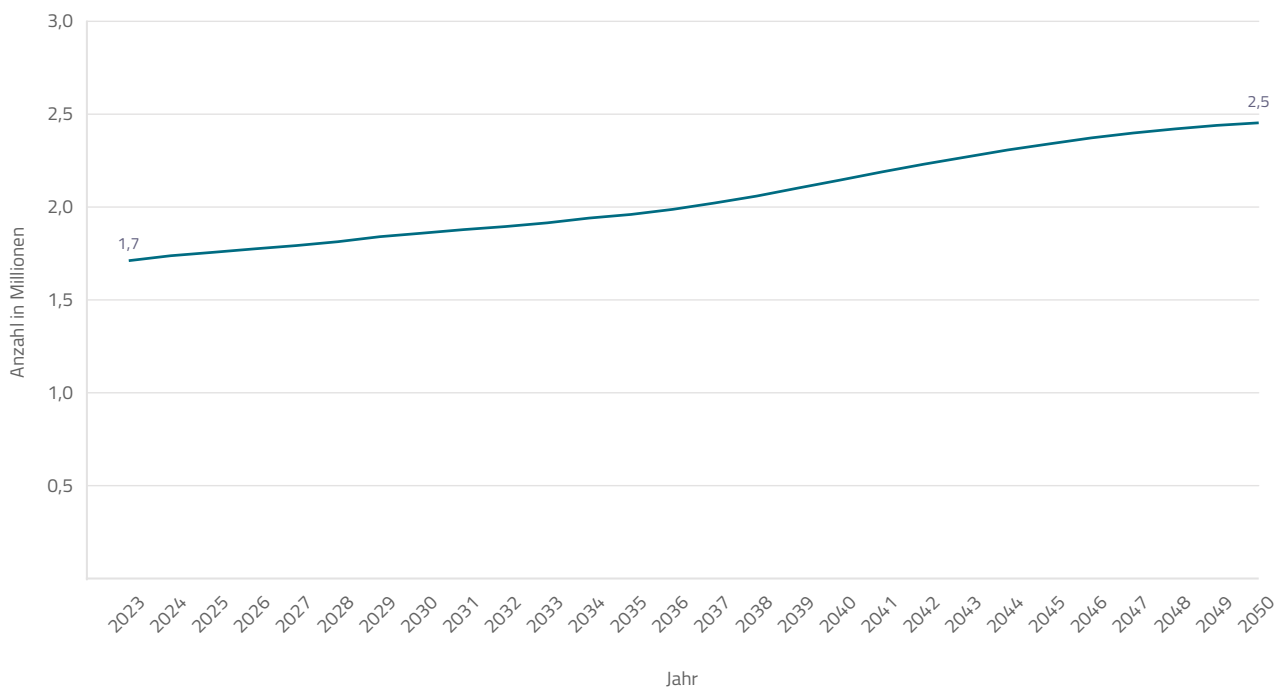


Quelle: BARMER-Daten 2010–2023, hochgerechnet

Über die deskriptive Auswertung der vergangenen Fallzahlen hinaus zeigt Abbildung 2 eine Prognose zur künftigen Entwicklung der Anzahl der Demenzerkrankungen in Deutschland. Die Berechnungen basieren auf alters-, geschlechts- und bundeslandspezifischen Inzidenzen sowie auf der aktuellen Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamts (Statistisches Bundesamt, 2025). Auf dieser Grundlage

erwarten wir in den kommenden Jahren einen deutlichen Anstieg der Zahl der Betroffenen. Hauptursache ist die demografische Entwicklung: Der Anteil älterer Menschen wächst kontinuierlich – und mit ihm die Zahl der potenziell demenzgefährdeten Personen. Für das Jahr 2050 rechnen wir mit rund 2,5 Millionen Menschen mit einer Demenzdiagnose in Deutschland (Abbildung 2).

Abbildung 2: Prognose der Anzahl der Demenzerkrankten in Deutschland



Anmerkung: Prognose auf Basis der Inzidenzen im Jahr 2023 und der Bevölkerungsvorausberechnungen des Statistischen Bundesamts.

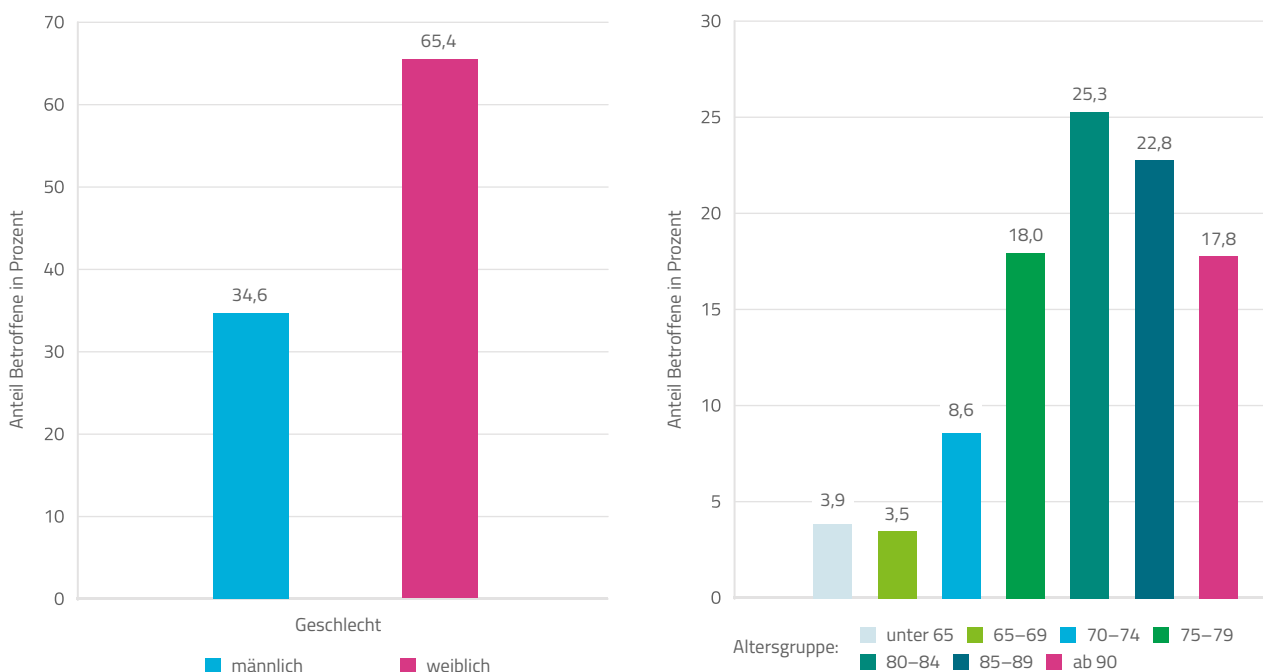
Quelle: BARMER-Daten 2013–2023, Statistisches Bundesamt 2025

4.1 Merkmale der Demenzerkrankten in Deutschland

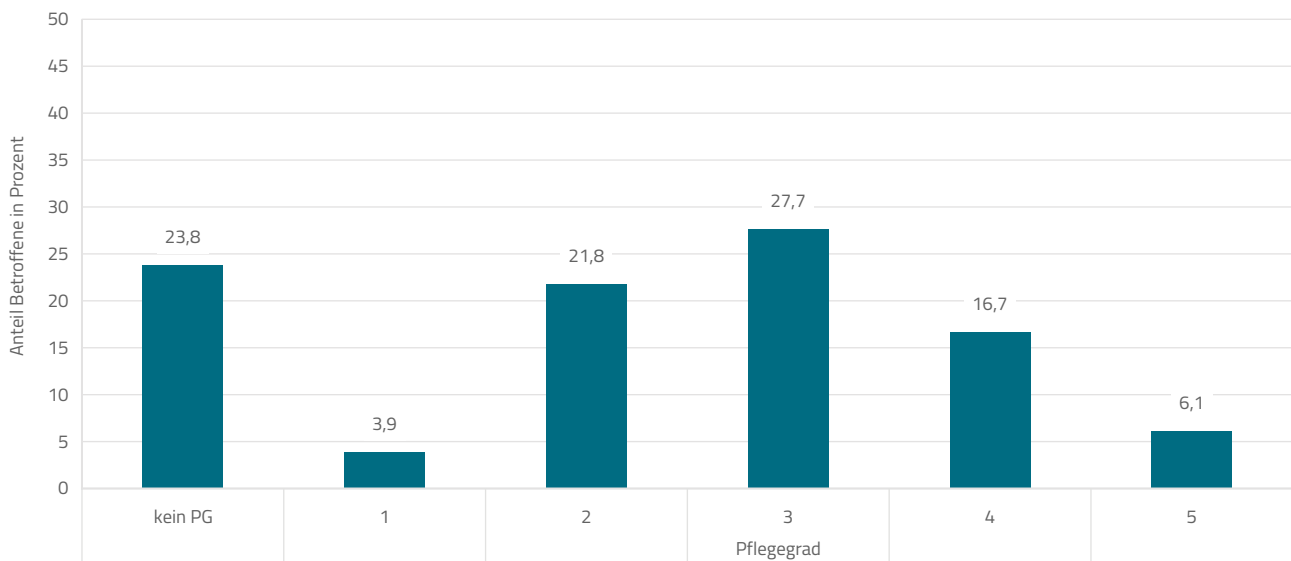
Der erwartete Anstieg der Fallzahlen wirft auch die Frage auf, wer besonders häufig von einer Demenz betroffen ist. Unsere Analysen zeigen deutliche demografische Muster: Frauen sind häufiger von Demenz betroffen als Männer (Abbildung 3). Eine zentrale Erklärung dafür liegt in der höheren Lebenserwartung von Frauen, die das Risiko altersassoziierter Erkrankungen wie Demenz erhöht (Lindsay & Anderson, 2004).

Zudem bestätigt sich die Altersabhängigkeit der Diagnosehäufigkeit: Während sich Demenz häufig ab einem Alter von 65 Jahren entwickelt, treten auch Fälle von früh einsetzender Demenz im jüngeren Lebensalter auf. In den Routinedaten finden wir in über 50 Prozent der Fälle eine gesicherte Demenzdiagnose ab dem 80. Lebensjahr. Das deckt sich mit einer Studie des Robert Koch-Instituts (RKI), die auf den Routinedaten einer anderen Krankenkasse basiert (Rommel et al., 2025)

Abbildung 3: Geschlecht und Alter zum Zeitpunkt der ersten Diagnose



Quelle: BARMER-Daten 2013–2023

Abbildung 4: Pflegebedürftigkeit zum Zeitpunkt der Diagnose

Quelle: BARMER-Daten 2017–2023

Das hohe Durchschnittsalter der Betroffenen spiegelt sich auch in ihrem Pflegebedarf wider. Viele Patientinnen und Patienten sind bereits zum Zeitpunkt der Diagnosestellung pflegebedürftig (Abbildung 4). In rund einem Viertel der Fälle liegt zum Diagnosezeitpunkt noch kein dokumentierter Pflegegrad vor. Weitere 26 Prozent der Betroffenen weisen einen leichten Pflegebedarf auf (Pflegegrad 1 oder 2), während etwa ebenso viele mit einem mittleren Pflegegrad (Pflegegrad 3) eingestuft sind. Rund 23 Prozent der Patientinnen und Patienten mit Demenz gelten zum Zeitpunkt der Diagnose bereits als hochgradig pflegebedürftig (Pflegegrad 4 oder 5).

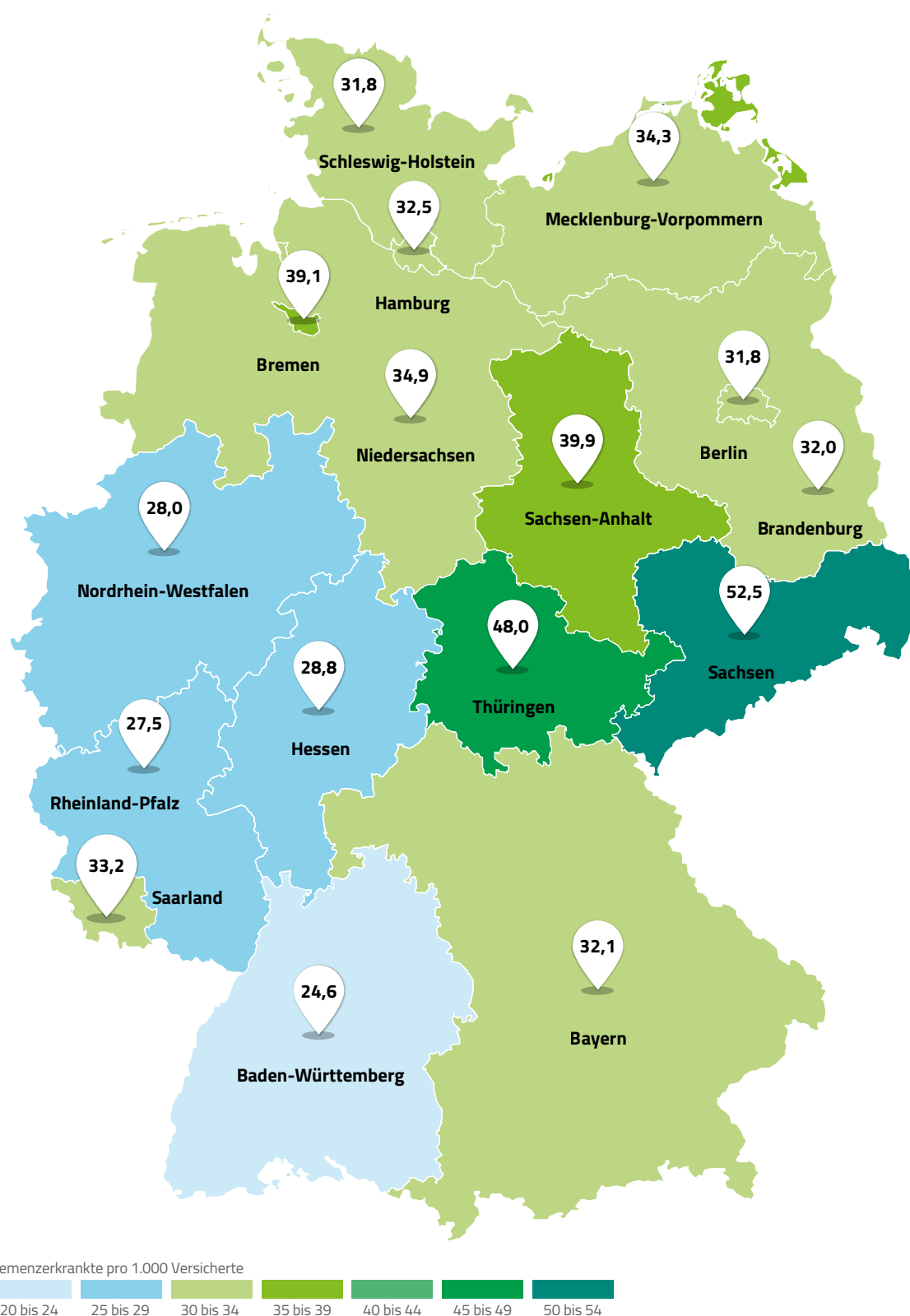
Neben Alter, Geschlecht und Pflegebedarf zeigen sich auch deutliche regionale Unterschiede in der Verbreitung von Demenzerkrankungen. Unsere Analysen belegen eine erhebliche räumliche Ungleichverteilung der Prävalenz zwischen den Bundesländern im Jahr 2023 (Abbildung 5). Während in Baden-Württemberg durch-

schnittlich 24,6 Fälle je 1.000 Versicherte dokumentiert sind, liegt die Prävalenz in Sachsen mit 52,5 Fällen je 1.000 Versicherte mehr als doppelt so hoch.

Ein Teil dieser Unterschiede lässt sich durch die unterschiedliche Altersstruktur der Bevölkerung erklären. So lag der Anteil der über 80-Jährigen im Jahr 2020 in Baden-Württemberg bei 6,8 Prozent, in Sachsen dagegen bei 8,9 Prozent (Statistisches Bundesamt, 2020). Diese Differenzen reichen jedoch nicht aus, um die beobachtete Größenordnung der regionalen Variation vollständig zu erklären.

Vor diesem Hintergrund untersucht die BARMER im Rahmen des Projekts „RegioDem“ weitere mögliche Einflussfaktoren auf die regionale Verteilung von Demenzerkrankungen – etwa Unterschiede in Diagnose- und Dokumentationspraxis, im Zugang zur Versorgung oder in der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen.

Abbildung 5: Demenzerkrankte nach Bundesländern im Jahr 2023



Quelle: BARMER-Daten 2023

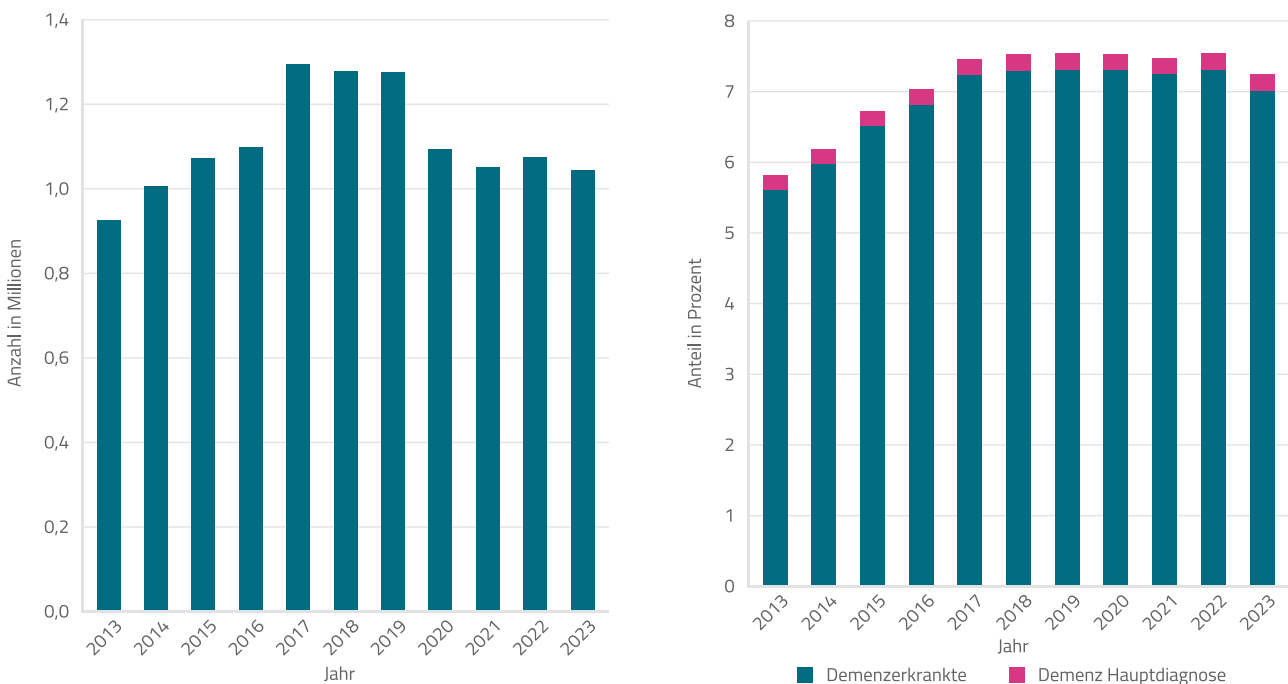
4.2 Stationäre Behandlungen von Demenzerkrankten

Die steigende Zahl der Demenzerkrankungen spiegelt sich auch im Diagnosespektrum der in Anspruch genommenen stationären Leistungen wider. Zwischen 2013 und 2019 ist die Zahl der Krankenhausaufenthalte von Patientinnen und Patienten mit einer Demenzdiagnose kontinuierlich angestiegen (Abbildung 6). Mit Beginn der COVID-19-Pandemie kam es im Jahr 2020 zu einem deutlichen Rückgang der Fallzahlen, der sich mit dem allgemeinen Einbruch der Krankenhausfallzahlen während der Pandemie erklären lässt (Augurzky et al., 2023). Seither stagniert die Zahl stationärer Behandlungen von Demenzerkrankten auf dem Niveau von 2016. Im Jahr 2023 wurden rund eine Million Menschen mit Demenz stationär behandelt – das entspricht einem Anteil von 7,2 Prozent an allen Krankenhausfällen in Deutschland.

Die aktuelle Zahl stationärer Behandlungen von Menschen mit Demenz gibt jedoch nur einen Zwischenstand in einer langfristigen Entwicklung wieder. Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels ist in den kommenden Jahren mit einem deutlichen Anstieg auch der stationären Fallzahlen zu rechnen. Abbildung 7 zeigt – ergänzend zur allgemeinen Demenzprognose in Abbildung 2 – eine Projektion der zukünftigen Krankenhausfälle von Patientinnen und Patienten mit einer Demenzdiagnose. Die zugrunde liegende Modellierung kombiniert Fallzahlprognosen aus dem diesjährigen Krankenhaus Rating Report (Augurzky et al., 2025) mit den Demenzzinidenzen innerhalb der stationären Routinedaten der BARMER.

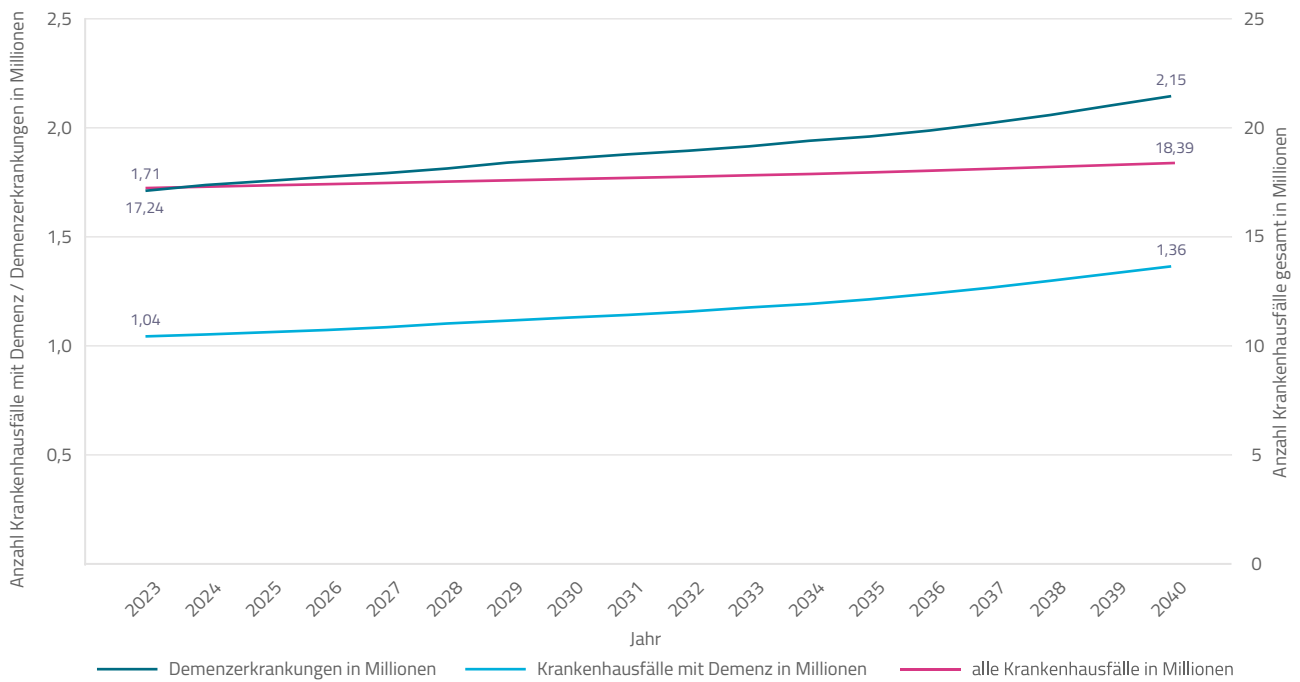
Ausgehend vom aktuellen Niveau erwarten wir einen anhaltenden Aufwärtstrend. Bis zum Jahr 2040 dürfte die Zahl stationärer Behandlungsfälle mit Demenz um rund 30 Prozent steigen – von etwa einer Million Fälle auf rund 1,4 Millionen Fälle pro Jahr. Diese Entwicklung unterstreicht die Notwendigkeit, die stationäre Versorgung stärker auf die spezifischen Bedürfnisse dieser wachsenden Patientengruppe auszurichten.

Abbildung 6: Krankenhausfälle mit Demenz (hochgerechnet) und Anteil an Gesamtfällen



Quelle: BARMER-Daten 2013–2023

Abbildung 7: Prognose der Krankenhausfälle von Demenzerkrankten in Deutschland



Anmerkung: Prognose auf Basis der Inzidenzen im Jahr 2023 und der Bevölkerungsvorausberechnungen des Statistischen Bundesamts sowie des Krankenhaus Rating Reports.

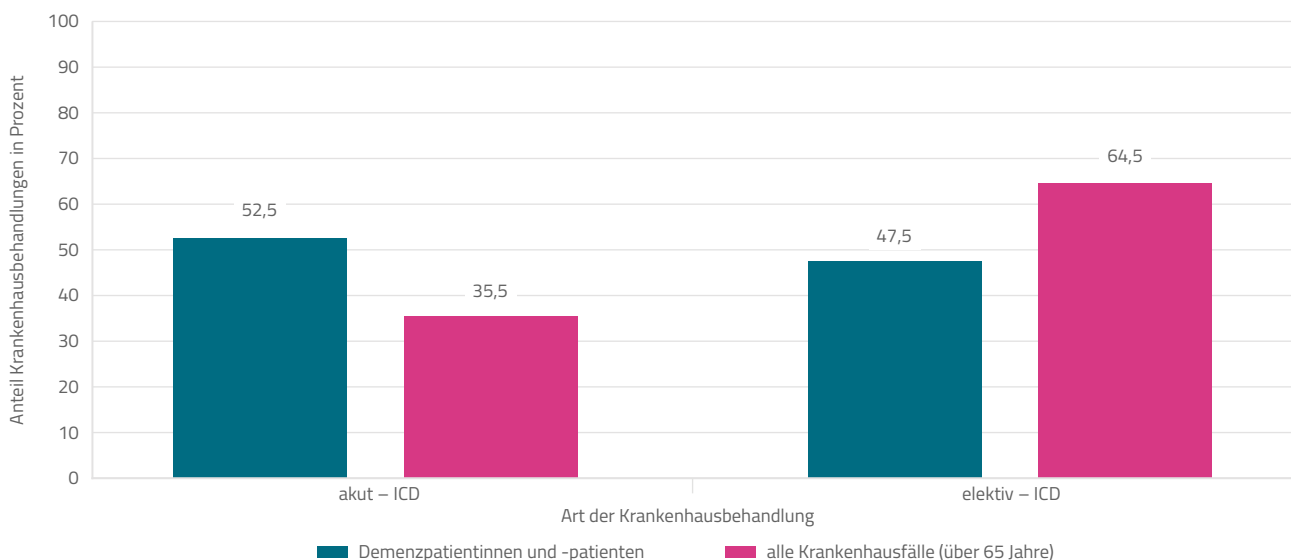
Quelle: BARMER-Daten 2013–2023 (Augurzky et al. 2025, Statistisches Bundesamt 2025)

4.3 Merkmale der stationären Behandlungen von Demenzerkrankten im Jahr 2023

Die perspektivisch steigende Zahl stationärer Behandlungsfälle verdeutlicht nicht nur die wachsende Bedeutung von Demenz in der Krankenhausversorgung insgesamt, sondern wirft auch die Frage auf, welche Merkmale die stationären Behandlungsverläufe bei dieser Patientengruppe aufweisen. Ein Blick auf die aktuellen Routinedaten aus dem Jahr 2023 zeigt dabei deutliche Unterschiede zur übrigen Patientenklientel. So werden Patientinnen und Patienten mit einer Demenzdiagnose deutlich häufiger aufgrund akuter medizinischer Ereignisse stationär aufgenommen (Abbildung 8). Im Durchschnitt erleben sie 0,9 Krankenhausaufenthalte pro Jahr. In über der Hälfte dieser Fälle (52,5 Prozent) ist eine akute Erkrankung der unmittelbare Behandlungsanlass – etwa eine Infektion, ein Sturz oder eine plötzliche Verschlechterung des Allgemeinzustands.

Zum Vergleich: Unter allen stationär behandelten Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren liegt der Anteil akut bedingter Krankenhausaufnahmen bei lediglich 35,5 Prozent. Diese Differenz verweist auf die besondere Vulnerabilität von Menschen mit Demenz und legt nahe, dass viele gesundheitliche Krisen bei dieser Gruppe ambulant nicht früh genug erkannt und abgefangen werden können und daher unmittelbar zur stationären Einweisung führen. Zu den häufigsten akuten Behandlungsgründen gehören etwa Frakturen des Femurs, Volumenmangel sowie Hirninfarkte. Andere häufige Hauptdiagnosen sind hingegen Herzinsuffizienzen, Krankheiten des Harnsystems sowie Arthrose.

Abbildung 8: Einteilung der Krankenhausbehandlung in elektive Behandlungen und Notfallbehandlungen

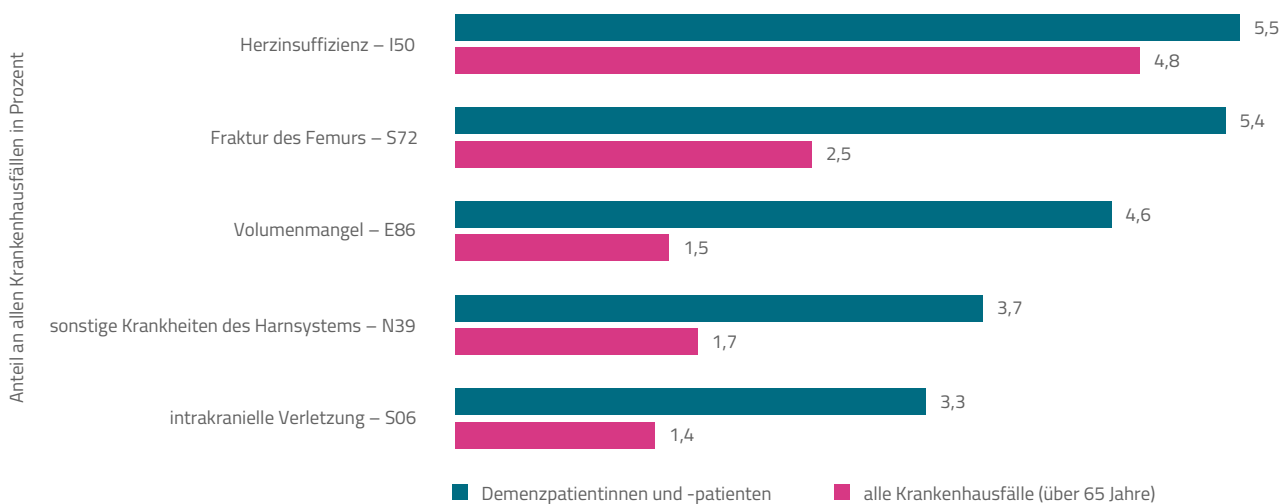


Quelle: BARMER-Daten 2023

Ein genauer Blick auf die Einzeldiagnosen zeigt Folgendes: Die häufigste stationär behandelte Erkrankung bei Demenzerkrankten ist die Herzinsuffizienz. Sie ist in etwa sechs Prozent der Fälle der Hauptbehandlungsgrund (Abbildung 9). Ebenfalls häufig sind Femurfrakturen sowie Volumenmangelzustände, die jeweils rund fünf Prozent der Fälle ausmachen. Besonders auffällig ist die hohe Inzidenz von Femurfrakturen bei Demenzbetroffenen: Ihr Anteil ist nahezu doppelt so hoch wie bei allen stationären Fällen ab 65 Jahren. Diese Differenz lässt sich plausibel durch die krankheits-

bedingten kognitiven Einschränkungen und die daraus resultierende körperliche Instabilität erklären, die das Risiko für Stürze signifikant erhöhen (Taylor & Close, 2018). Angesichts der besonderen Relevanz von Herzinsuffizienzen und Femurfrakturen werden diese beiden Indikationen im weiteren Verlauf der Analyse vertiefend untersucht. Betrachtet man hingegen alle stationären Krankenhausfälle unabhängig von einer Demenzerkrankung, so sind Herzinsuffizienz, Vorhofflimmern und Vorhofflattern, Femurfrakturen, Hirninfarkte sowie Arthrose die fünf häufigsten Hauptdiagnosen.

Abbildung 9: Häufigste Diagnosen für die Behandlung im Krankenhaus, Anteil an allen Behandlungsfällen in Prozent

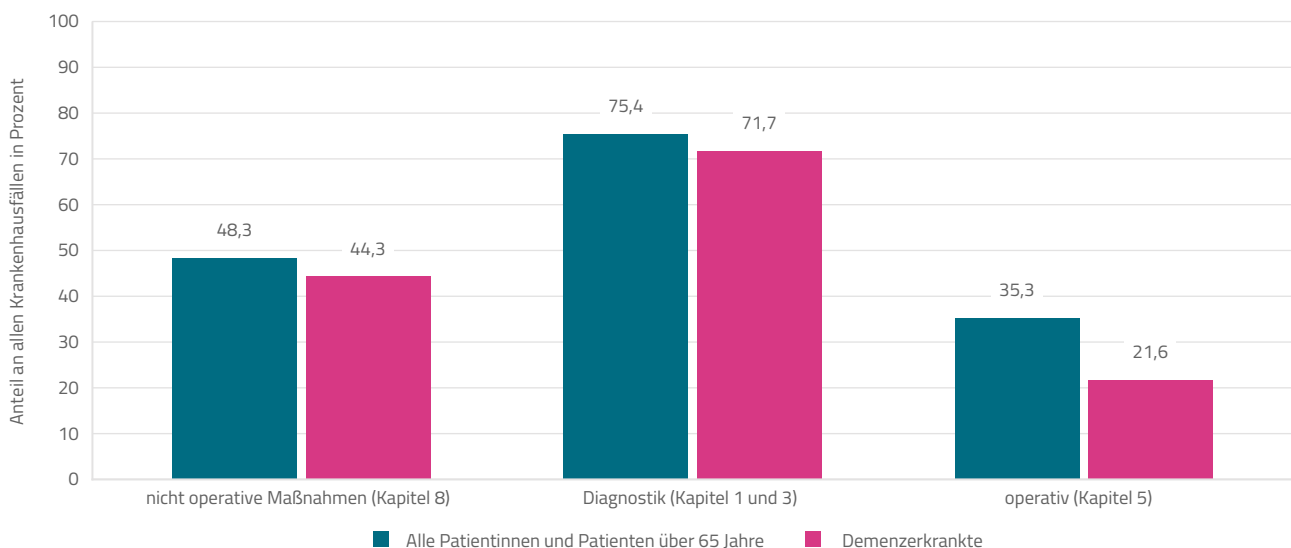


Quelle: BARMER-Daten 2023

Die Art der medizinischen Versorgung während eines stationären Aufenthalts unterscheidet sich bei Patientinnen und Patienten mit Demenz deutlich von der Versorgung anderer stationär behandelter Patientinnen und Patienten. So werden bei dieser Patientengruppe seltener operative Eingriffe durchgeführt. Im Jahr 2023 kam es in lediglich rund 22 Prozent aller Krankenhausfälle mit dokumentierter Demenzdiagnose zu operativen Maßnahmen – deutlich weniger als in der Gesamtheit aller Krankenhausfälle, bei denen in rund 35 Prozent der Fälle operiert wurde (Abbildung 10).

Dieser Unterschied ist nicht ausschließlich auf eine generelle Zurückhaltung gegenüber operativen Eingriffen bei Menschen mit Demenz zurückzuführen, sondern hängt maßgeblich von der zugrunde liegenden Erkrankung ab – und dem medizinischen sowie ethischen Handlungsspielraum, den sie eröffnet. Zudem ist die Morbidität bei Demenzpatientinnen und -patienten häufig erhöht, hieraus resultieren Kontraindikationen und ein höheres Operationsrisiko.

Abbildung 10: Häufigste Behandlungen nach OPS-Kapiteln (alle Patientinnen und Patienten), Anteil an allen Krankenhausfällen in Prozent

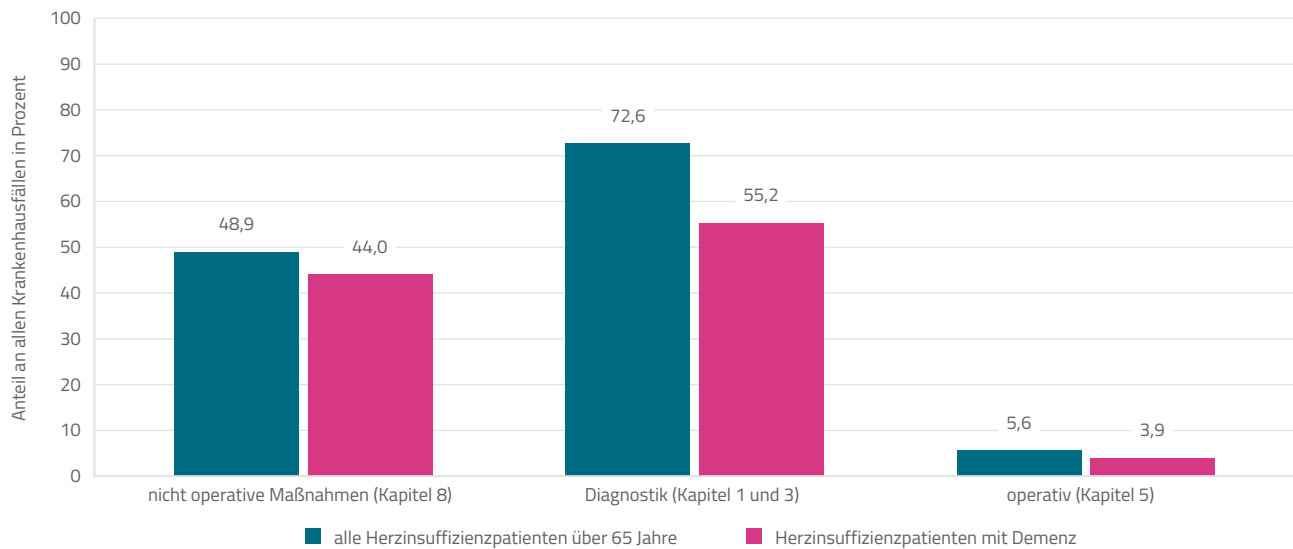


Quelle: BARMER-Daten 2023

Ein Beispiel hierfür liefert die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit der Hauptdiagnose Herzinsuffizienz. Zwar gibt es keine direkte operative Therapie der Herzinsuffizienz, jedoch werden bei zugrunde liegenden Erkrankungen – etwa Herzklappenfehlern oder Rhythmusstörungen – operative oder interventionelle Maßnahmen wie Klappenrekonstruktionen oder die Implantation von Schrittmachern eingesetzt. Hier kommen operative und nicht operative Maßnahmen in etwa gleich häufig zum Einsatz. Auffällig ist

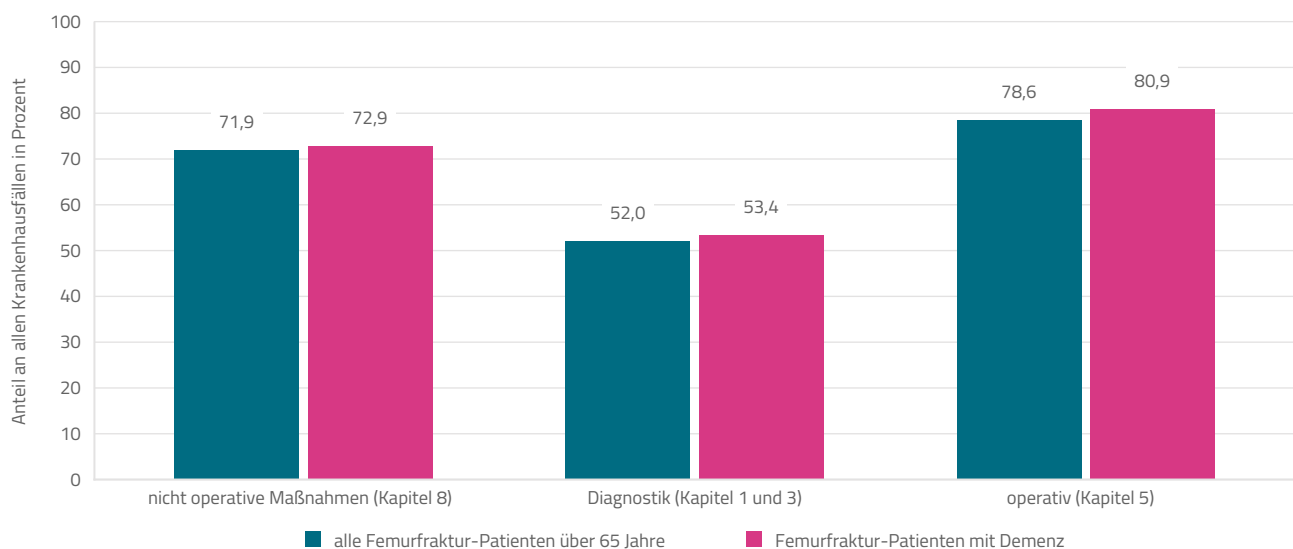
hingegen, dass diagnostische Maßnahmen – etwa aufwendige bildgebende Verfahren oder invasive Untersuchungen – bei Demenzkranken in deutlich geringerem Umfang durchgeführt werden als bei kognitiv unbeeinträchtigten Patientinnen und Patienten mit derselben Hauptdiagnose (Abbildung 11). Wir sehen, dass Demenz das therapeutische Vorgehen maßgeblich beeinflusst und häufig mit einer zurückhaltenden Diagnostik einhergeht.

Abbildung 11: Häufigste Behandlungen nach OPS-Kapiteln (Herzinsuffizienz), Anteil an allen Krankenhausfällen mit Hauptdiagnose Herzinsuffizienz in Prozent



Quelle: BARMER-Daten 2023

Abbildung 12: Häufigste Behandlungen nach OPS-Kapiteln (Femurfraktur), Anteil an allen Krankenhausfällen mit Hauptdiagnose Femurfraktur in Prozent



Quelle: BARMER-Daten 2023

Im Gegensatz dazu besteht bei der Behandlung von Femurfrakturen aufgrund der medizinischen Dringlichkeit und etablierten Standards kaum Spielraum für unterschiedliche Vorgehensweisen, da Femurfrakturen meist zwingend operativ behandelt werden müssen. Dementsprechend zeigen sich hier keine Differenzen in den angewandten Behandlungsmaßnahmen zwischen

Patientinnen und Patienten mit und ohne Demenz (Abbildung 12).

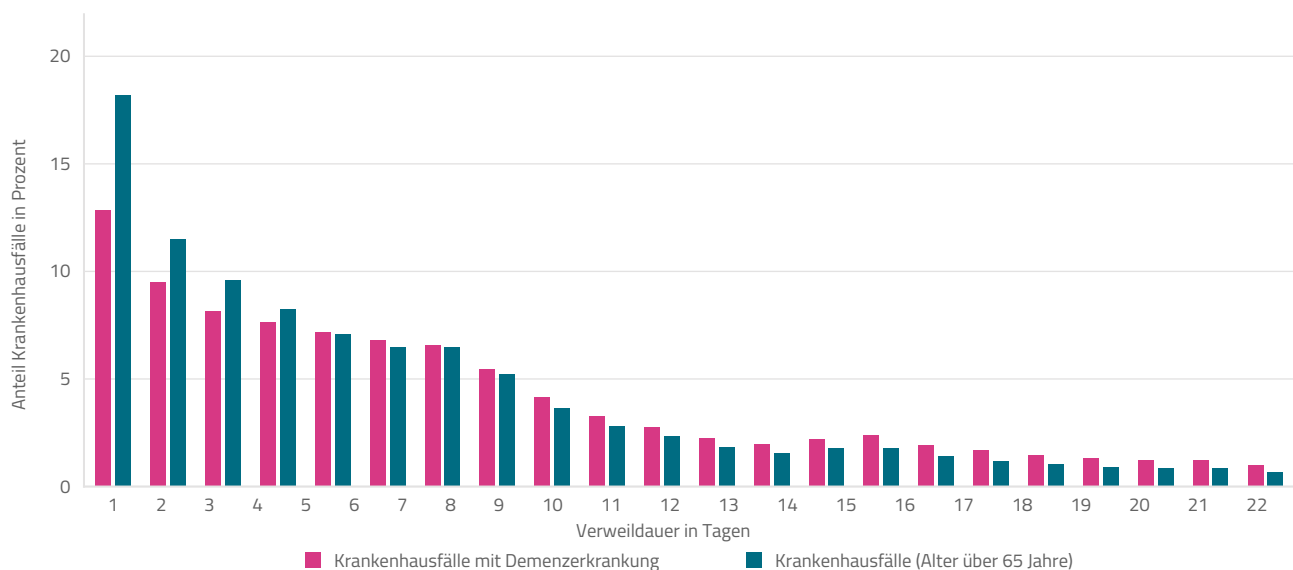
Neben den Unterschieden im Behandlungsspektrum zeigen sich auch bei der Verweildauer im Krankenhaus deutliche Abweichungen zwischen Patientinnen und Patienten mit Demenz und der allgemeinen Kranken-

hauspopulation über 65 Jahren. Während etwa die Hälfte aller Krankenhausfälle bei älteren Menschen ohne Demenz bereits nach fünf Tagen entlassen wird, benötigen Demenzpatientinnen und -patienten im Durchschnitt deutlich mehr Zeit: Erst nach etwa sieben Tagen verlassen 50 Prozent von ihnen das Krankenhaus (Abbildung 13).

Es ist jedoch wichtig, zu beachten, dass sich die Gruppen hinsichtlich ihrer Behandlungsgründe erheblich unterscheiden, wie bereits in Abbildung 9 gezeigt. Darüber hinaus sind die Patientinnen und Patienten über 65 Jahre ohne Demenz im Durchschnitt jünger (79 Jahre gegenüber 83 Jahre) und verfügen über einen besseren allgemeinen Gesundheitszustand (Elixhauser Komorbiditätsindex von 15 gegenüber 17). Diese Faktoren können wesentlich zu den beobachteten Unterschieden in der Verweildauer beitragen und sollten bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden.

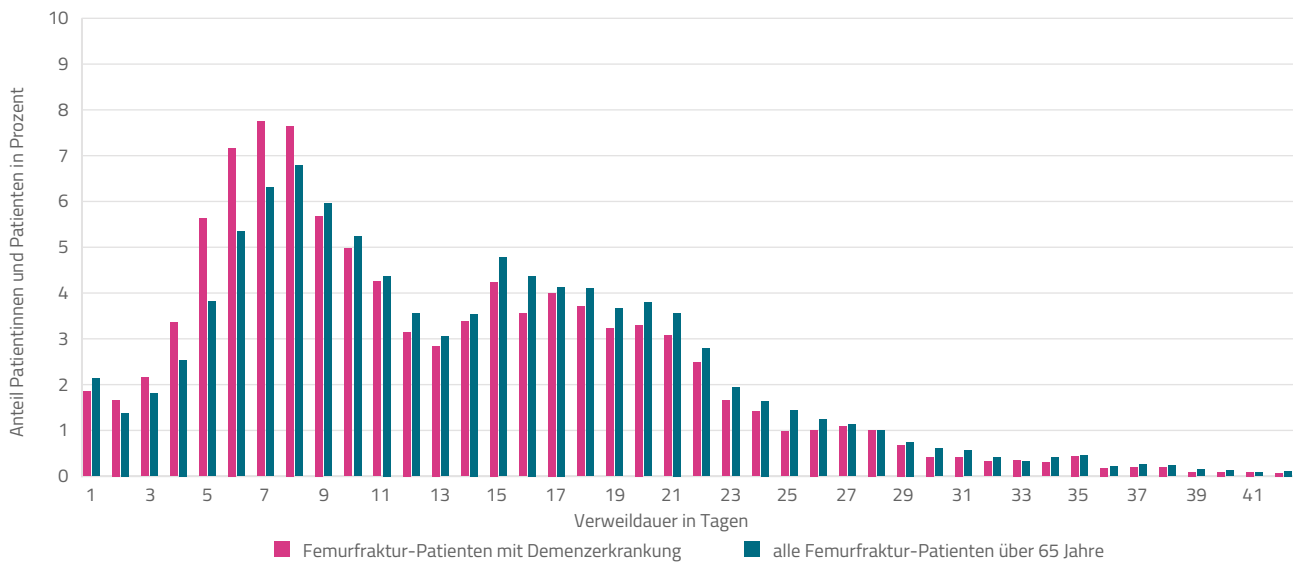
Um alters- und diagnosebedingte Unterschiede bei der Verweildauer näher zu beleuchten, lohnt sich ein differenzierter Blick auf spezifische Behandlungsgruppen: Betrachtet man nur die Verteilung von Verweildauern bei Krankenhausfällen mit der Hauptdiagnose Femurfraktur (Abbildung 14), so fällt auf, dass Patientinnen und Patienten mit Demenz in diesem Kontext eine kürzere Verweildauer aufweisen als andere Betroffene. Rund 48 Prozent der Demenzerkrankten werden bereits innerhalb von zehn Tagen aus dem Krankenhaus entlassen, während dieser Anteil bei den übrigen Patientinnen und Patienten lediglich bei 41 Prozent liegt. Dieses Ergebnis ist insofern bemerkenswert, als Femurfrakturen in der Regel einen relativ standardisierten Behandlungsverlauf aufweisen. Die kürzere Verweildauer kann daher auf Unterschiede in der Versorgungsplanung und der Anschlussversorgung oder auf strukturelle Engpässe in der Versorgung geriatrischer Patientinnen und Patienten mit Demenz hinweisen.

Abbildung 13: Verteilung der Verweildauer bei Demenzerkrankten und Patientinnen und Patienten über 65 Jahre



Anmerkung: Aus optischen Gründen wird das kleinste ein Prozent nicht gezeigt.
Quelle: BARMER-Daten 2023

Abbildung 14: Verteilung der Verweildauer bei Demenzerkrankten und Patientinnen und Patienten über 65 Jahre mit Femurfraktur

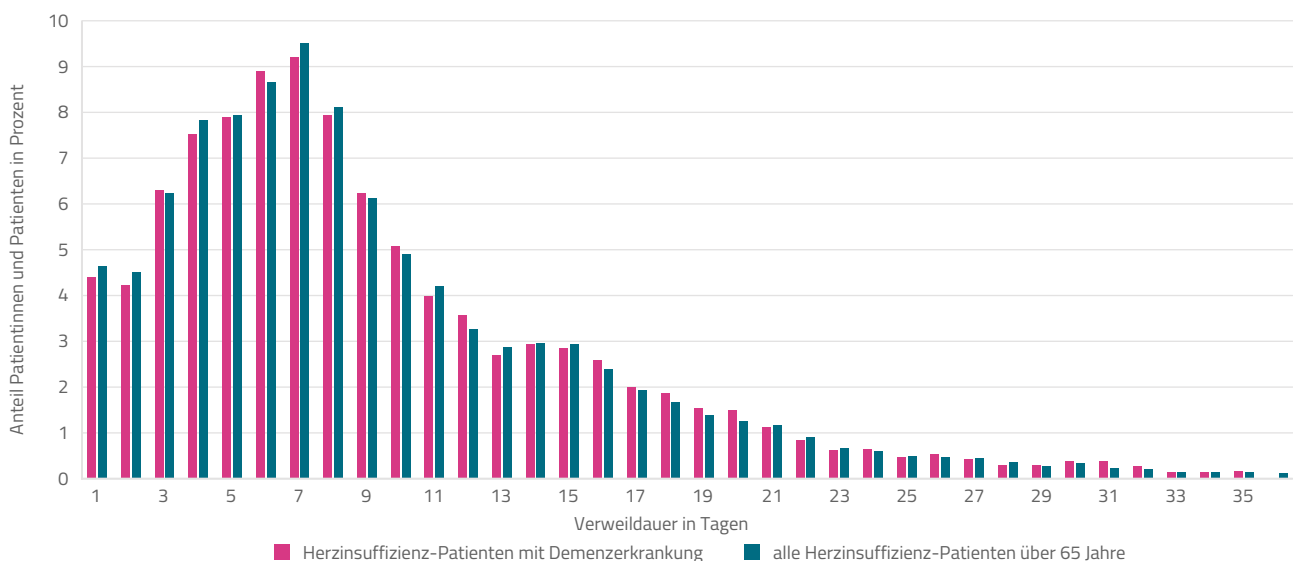


Anmerkung: Aus optischen Gründen wird das kleinste ein Prozent nicht gezeigt.
Quelle: BARMER-Daten 2023

Ein anderes Bild zeigt sich hingegen bei anderen häufigen Behandlungsanlässen: Betrachtet man beispielsweise Krankenhausfälle mit der Hauptdiagnose Herzinsuffizienz, so lassen sich zwischen Patientinnen und Patienten mit und ohne Demenz kaum Unterschiede in der Verweildauer feststellen (Abbildung 15). Die Vertei-

lung der Aufenthaltsdauern verläuft in beiden Gruppen nahezu parallel, was auf vergleichbare Behandlungsverläufe hindeutet. Dieser Befund legt nahe, dass der Einfluss der Demenzerkrankung auf die Verweildauer stark vom jeweiligen medizinischen Kontext und von der Art der Erkrankung abhängt.

Abbildung 15: Verteilung der Verweildauer bei Demenzerkrankten und Patientinnen und Patienten über 65 Jahre mit Herzinsuffizienz



Anmerkung: Aus optischen Gründen wird das kleinste ein Prozent nicht gezeigt.
Quelle: BARMER-Daten 2023

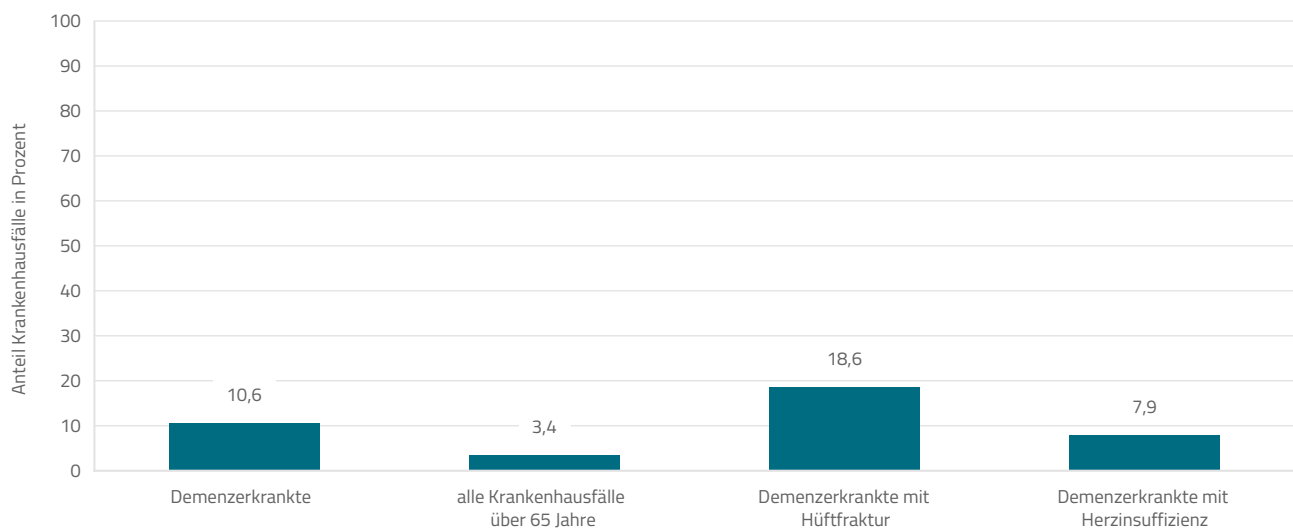
Neben Unterschieden in Behandlungsanlässen und Verweildauer treten auch Komplikationen während des Krankenhausaufenthalts bei Menschen mit Demenz deutlich häufiger auf. Besonders relevant ist in diesem Zusammenhang das sogenannte Delir – eine akute, meist vorübergehende Funktionsstörung des Gehirns, die vor allem bei älteren Patientinnen und Patienten auftreten kann. Ein Delir äußert sich in Symptomen wie plötzlicher Verwirrtheit, Aufmerksamkeitsstörungen, Unruhe, Denkstörungen oder Halluzinationen und tritt häufig infolge schwerer Erkrankungen oder operativer Eingriffe auf (Deutsche Hirnstiftung, 2025). Während etwa drei Prozent aller Krankenhausesfälle von einem Delir betroffen sind, liegt die Häufigkeit bei Menschen mit Demenz deutlich höher: In elf Prozent der Fälle kommt es zu dieser gravierenden Komplikation (Abbildung 16). Die Häufigkeit variiert dabei deutlich nach den betrachteten Hauptdiagnosen. Besonders hoch ist der Anteil bei Femurfrakturen: Hier entwickelt fast jede fünfte demenzerkrankte Person ein Delir. Mögliche

Gründe sind die Kombination mehrerer Risikofaktoren: akute Schmerzen, operative Versorgung unter Narkose, postoperativer Stress und verlängerte Immobilisation.

Dem gegenüber liegt der Anteil bei Herzinsuffizienz bei rund acht Prozent. Ein möglicher Grund für den niedrigeren Wert ist, dass die Behandlung häufig ohne Operation stattfindet und die zuvor genannten Risikofaktoren in diesen Fällen seltener eine Rolle spielen (Abbildung 11).

Ein Delir stellt insbesondere für Patientinnen und Patienten mit demenzieller Vorerkrankung eine erhebliche gesundheitliche Belastung dar. Es ist mit einer Verschlechterung funktioneller Fähigkeiten, verlängerten Krankenhausaufenthalten und höheren Behandlungskosten verbunden (De Biasi et al., 2023). Wird ein Delir nicht erkannt oder adäquat behandelt, kann es darüber hinaus lebensbedrohlich sein und den kognitiven Abbau im Krankheitsverlauf der Demenz deutlich beschleunigen.

Abbildung 16: Auftreten eines Delirs



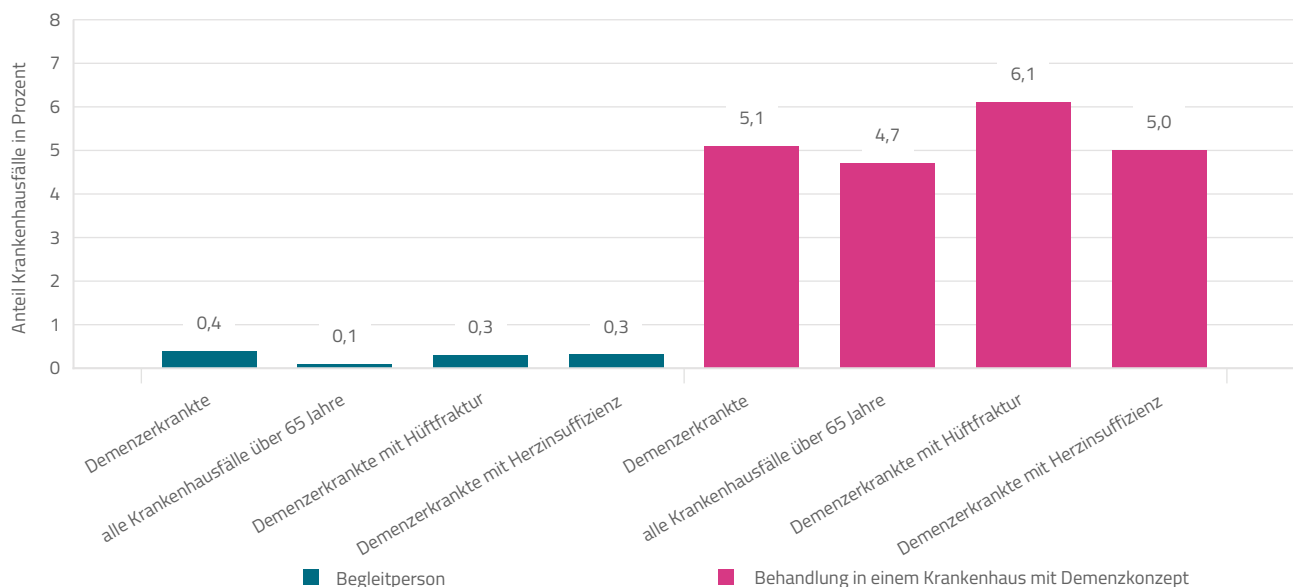
Quelle: BARMER-Daten 2023

Im Hinblick auf die Nutzung zusätzlicher, bestehender Versorgungsansätze für Menschen mit Demenz zeigt sich, dass diese bislang vergleichsweise selten in Anspruch genommen werden. So wird die Möglichkeit, dass Patientinnen und Patienten mit Demenz während des Krankenhausaufenthalts von Angehörigen oder anderen vertrauten Personen begleitet werden, lediglich in etwa 0,4 Prozent der Fälle genutzt. Für die betrachteten häufigen Behandlungsanlässe liegt dieser Anteil mit etwa 0,3 Prozent ähnlich niedrig (Abbildung 17). Zudem wird festgestellt, dass die Wahl des Krankenhauses bei Patientinnen und Patienten mit Demenz kaum davon beeinflusst wird, ob ein spezielles Demenzkonzept vorhanden ist. Die Krankenhäuser mit ausgewiesenen demenzsensiblen Strukturen wurden anhand der Übersicht der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG) identifiziert (DGG, 2025). Personen mit Demenz werden nicht häufiger in Einrichtungen mit ausgewiesenen demenzsensiblen Strukturen behandelt als Patientinnen und Patienten ohne Demenz. Es entfällt ein Anteil von etwa fünf Prozent der Krankenhausesfälle mit Demenz auf solche spezialisierten Häuser.

Vor dem Hintergrund der besonderen Anforderungen und Risiken, die mit einer Demenzerkrankung verbunden sind, stellt sich somit einerseits die Frage, ob Patientinnen, Patienten und Angehörige ausreichend über vorhandene demenzsensible Angebote von Krankenhäusern informiert werden und wie die bestehenden Versorgungsstrukturen weiterentwickelt werden können, um den Bedürfnissen dieser Patientengruppe besser gerecht zu werden.

Nach einem Krankenhausfall bleibt bei etwa vier von fünf Patientinnen und Patienten mit Demenz der Pflegegrad unverändert. Dennoch versterben rund elf Prozent der Betroffenen während oder innerhalb kurzer Zeit nach der stationären Behandlung. Zusätzlich erhalten etwa sechs Prozent der Patientinnen und Patienten mit Demenz unmittelbar nach dem Krankenhausaufenthalt eine Einstufung in einen höheren Pflegegrad, was auf eine Verschlechterung ihres Pflegebedarfs hinweist (Tabelle 1).

Abbildung 17: Begleitpersonen und Behandlungen in einem Krankenhaus mit Demenzkonzept in Prozent



Quelle: BARMER-Daten 2023

Tabelle 1: Pflegegrad vor und nach Krankenhausaufenthalt

	Anzahl Patientinnen und Patienten (Anteil in Prozent)	
	Pflegegrad vor Krankenhausaufenthalt	Pflegegrad nach Krankenhausaufenthalt
PG 1	3.051 (2,2)	2.058 (1,4)
PG 2	21.717 (13,2)	15.532 (10,4)
PG 3	42.928 (26,3)	33.228 (22,1)
PG 4	37.898 (23,2)	31.175 (20,8)
PG 5	15.251 (9,4)	13.279 (8,9)
ohne Pflegegrad	41.768 (25,6)	38.623 (25,7)
Tod im KH		16.185 (10,8)
Veränderung		
niedriger		2,4 Prozent
gleich		80,9 Prozent
höher		6,0 Prozent
verstorben		10,8 Prozent
Fallzahl	163.065	150.080

Anmerkung: Beobachtungszahl nach dem Krankenhausaufenthalt ist geringer, da bis zu ein Monat nach dem Aufenthalt beobachtet wird.

Quelle: BARMER-Daten 2023

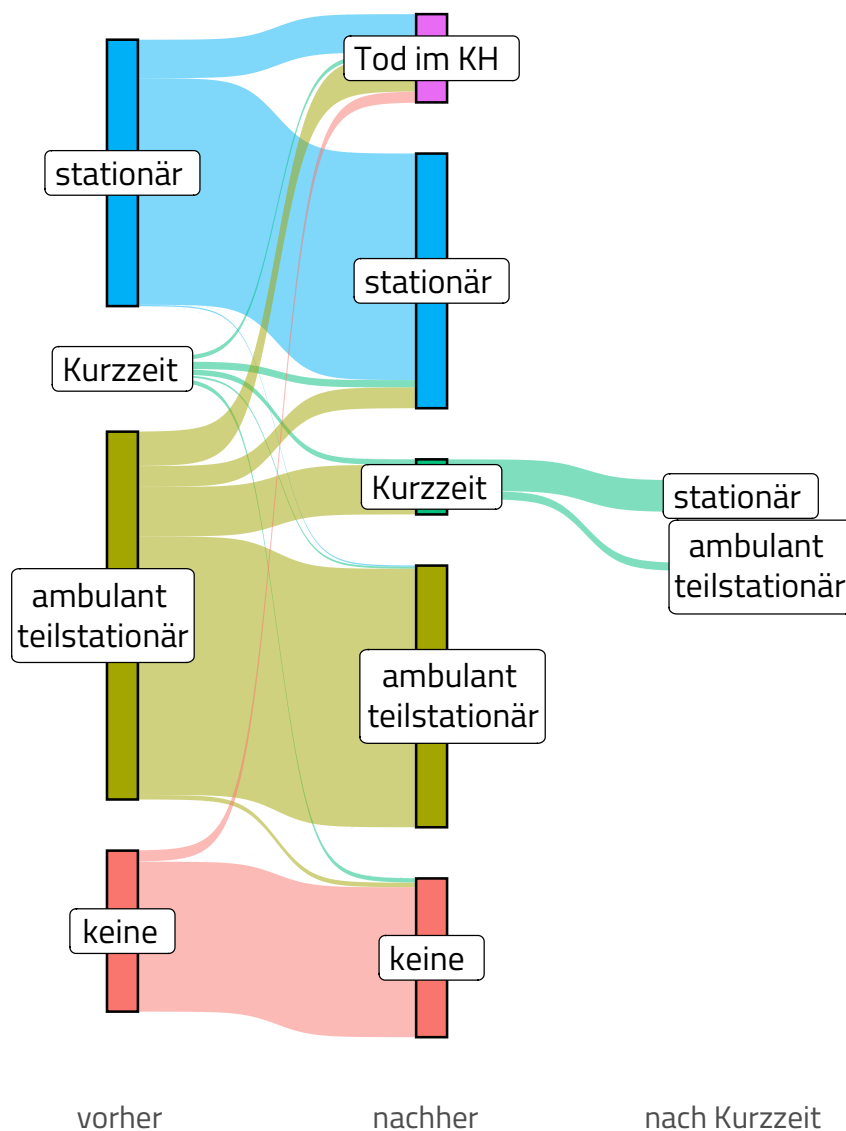
Der Krankenhausaufenthalt hat für viele Menschen mit Demenz nicht nur Auswirkungen auf den Pflegegrad, sondern ist häufig auch mit einem Wechsel der Pflegeform verbunden (Abbildung 18). Ein beträchtlicher Anteil der Patientinnen und Patienten kann nach der stationären Behandlung nicht in die gewohnte Pflegeumgebung zurückkehren. Dies betrifft insbesondere jene, die vor dem Krankenhausaufenthalt ambulant oder in einer tagesklinischen Einrichtung betreut wurden. Von diesen benötigen etwa 19 Prozent nach dem Krankenhausaufenthalt eine stationäre Pflegeeinrichtung oder Kurzzeitpflege.

Die Kurzzeitpflege fungiert dabei meist als Übergangslösung, um beispielsweise einen gestiegenen Pflegebedarf durch einen ambulanten Pflegedienst abzusichern oder den nahtlosen Wechsel in eine dauerhafte

stationäre Versorgung zu ermöglichen. Allerdings gelingt es nur etwa 14 Prozent der Patientinnen und Patienten, die zunächst Kurzzeitpflege erhalten, wieder in die ambulante Versorgung zurückzukehren. Die Mehrheit, nämlich rund 31 Prozent, wechselt anschließend dauerhaft in eine stationäre Pflegeform.

Im Gegensatz dazu bleiben Menschen mit Demenz, die bereits vor dem Krankenhausaufenthalt stationär gepflegt wurden, überwiegend in dieser Pflegeform (etwa 85 Prozent) oder versterben während beziehungsweise kurz nach der Behandlung (rund 14 Prozent). Es wird somit deutlich, dass ein Krankenhausaufenthalt bei Demenzerkrankten häufig eine entscheidende Zäsur für die weitere Pflege und Betreuung darstellt und oftmals mit einer Umstellung der Pflegeform oder sogar dem Tod einhergeht.

Abbildung 18: Art der Pflege vor und nach Krankenhausaufenthalt



Quelle: BARMER-Daten 2013–2023

Die vorliegenden deskriptiven Analysen zeigen deutlich, dass ein Krankenhausaufenthalt für Menschen mit Demenz mit erhöhten Risiken verbunden ist und häufig zu einem gesteigerten Pflegebedarf führt. Allein auf Grundlage dieser Beobachtungen lässt sich jedoch nicht sicher sagen, ob die stationäre Behandlung für Patientinnen und Patienten mit Demenz tatsächlich andere Folgen hat als für andere, vergleichbare Patientengruppen ohne Demenzerkrankung.

Eine vertiefende Kausalanalyse soll hier Klarheit schaffen. Mithilfe sorgfältig ausgewählter statistischer Methoden wird im nächsten Kapitel untersucht, ob und in welchem Maße die Demenzerkrankung selbst ursächlich die Behandlungsverläufe und den Gesundheitszustand nach dem Krankenhausaufenthalt beeinflusst. So eröffnen sich neue Einblicke, die dabei helfen können, die Versorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus gezielter zu verbessern und passgenaue Handlungsempfehlungen abzuleiten.

5 Auswirkungen von Krankenhausaufenthalten auf Demenzerkrankte

Ziel dieser Analyse ist es, den Einfluss einer Demenzerkrankung auf den Verlauf und die Ergebnisse von Krankenhausaufenthalten zu untersuchen. Die Basis hierfür bilden die Routinedaten der BARMER aus dem Jahr 2023 und hier speziell die stationären Behandlungsfälle. Im Mittelpunkt stehen dabei Patientinnen und Patienten mit den Hauptdiagnosen Femurfraktur (ICD S72) sowie Herzinsuffizienz (ICD I50). Diese Diagnosen wurden ausgewählt, da sie zu den häufigsten Diagnosen bei Menschen mit Demenz zählen (Abbildung 9) und aufgrund ihrer hohen Fallzahlen eine solide Grundlage für belastbare Analysen bieten.

Die Herzinsuffizienz, auch als Herzschwäche bekannt, beschreibt eine verminderte Leistungsfähigkeit des Herzens bei der Pumpfähigkeit (Deutsche Herzstiftung, 2025). Sie stellt keine eigenständige Erkrankung dar, sondern ist vielmehr die Folge verschiedener zugrundeliegender Herzerkrankungen, wie der koronaren Herzkrankheit. Eine bestehende Herzinsuffizienz kann das Risiko für die Entwicklung einer (vaskulären) Demenz erhöhen (Islam et al., 2021; Liang et al., 2023; Olesen et al., 2024).

Die Femurfraktur ist der zweithäufigste Grund für eine stationäre Behandlung von Menschen mit Demenz. Personen mit Demenz oder leichten kognitiven Einschränkungen weisen aufgrund veränderter Wahrnehmung und Risikobewertung ein etwa doppelt so hohes Sturzrisiko auf wie Personen ohne kognitive Beeinträchtigungen (Taylor & Close, 2018). Folglich ist auch die Wahrscheinlichkeit für sturzbedingte Verletzungen, wie die Femurfraktur, deutlich erhöht.

Innerhalb der Analyse werden Patientinnen und Patienten im Alter von über 65 Jahren und gleichen Hauptdiagnosen verglichen. Als demenzerkrankt sind jene Personen definiert, bei denen gemäß dem M2Q-Kriterium ambulante Demenzdiagnosen in mindestens zwei unterschiedlichen Quartalen eines Jahres vorliegen oder bei denen eine stationäre Demenzdiagnose dokumentiert ist. Ergänzend werden weitere Daten wie Alter,

Geschlecht, Pflegegrad, Art der Pflege, behandelndes Krankenhaus, Behandlungszeitraum sowie Komorbiditäten aus ambulanten und stationären Diagnosen herangezogen, um eine differenzierte und belastbare Vergleichsgrundlage zwischen den Gruppen zu schaffen.

Statistisches Vorgehen

Um den Einfluss einer Demenzerkrankung auf verschiedene Aspekte eines Krankenhausaufenthalts differenziert zu untersuchen, wird ein Propensity-Score-Matching-Ansatz eingesetzt. Ziel ist es, möglichst vergleichbare Patientengruppen zu bilden, um Verzerrungen durch unterschiedliche Charakteristika zu minimieren. Dabei zeigt sich für beide analysierten Hauptdiagnosen, dass Patientinnen und Patienten mit Demenz im Durchschnitt etwas älter sind und eine höhere Vorerkrankungsrate aufweisen als die Gruppe der über 65-Jährigen (Tabelle 2).

Der Propensity Score basiert auf beobachtbaren Merkmalen wie Alter, Geschlecht, Komorbiditäten, Pflegegrad sowie der Art der Pflege vor dem Krankenhausaufenthalt. Für jede demenzerkrankte Person wird so ein statistischer Zwilling ermittelt, der hinsichtlich dieser Eigenschaften möglichst ähnlich ist. Falls kein geeigneter Zwilling gefunden wird, wird der Fall aus der Analyse ausgeschlossen, um einen unverfälschten Vergleich sicherzustellen.

Im Anschluss werden zentrale Outcome-Parameter wie die logarithmierte Verweildauer und die logarithmierten Behandlungskosten analysiert. Bei diesen abhängigen Variablen wird der Logarithmus aus verschiedenen Gründen genutzt. Zunächst sind die daraus resultierenden Koeffizienten als prozentuale Änderungen leichter interpretierbar. Außerdem erhalten besonders große Ausreißer, welche bei Kosten und Verweildauer vorkommen können, weniger Gewicht. Darüber hinaus werden die Auswirkungen auf die Mortalität während des Krankenhausaufenthalts sowie das Auftreten eines Delirs untersucht. Zudem wird geprüft, ob Patientinnen und Patienten mit Demenz nach dem Krankenhausaufenthalt häufiger einen höheren Pflegegrad erhalten oder einen gesteigerten Pflegebedarf aufweisen als jene ohne demenzielle Erkrankung. „Nach

dem Krankenhausaufenthalt“ bezeichnet einen neuen Pflegegrad oder eine neue Pflegeart bis zu einem Monat nach der Entlassung aus dem Krankenhaus. Im Hinblick auf die Pflegeart wird davon ausgegangen, dass ein höherer Pflegebedarf mit einer Veränderung in Richtung pflegeintensiverer Versorgungsformen einhergeht. So sind ambulante Pflege sowie tagesklinische Betreuung mit einem höheren Pflegeaufwand verbunden als das Vorliegen eines geringeren oder keines Pflegebedarfs. Die stationäre Pflege stellt dabei die intensivste Betreuungsform dar. Ein Wechsel in eine pflegeintensivere Versorgungsform wird folglich als

eine Verschlechterung des Gesundheitszustands beziehungsweise als eine Steigerung des Pflegebedarfs interpretiert. Nicht einbezogen in die Analyse sind Patientinnen und Patienten, die bereits vor dem Krankenhausfall Pflegegrad 5 haben oder stationär gepflegt werden, denn in diesen Fällen ist kein weiterer Anstieg möglich.

Mit Ausnahme der Analyse der Krankenhausmortalität sind alle Patientinnen und Patienten aus den jeweiligen Auswertungen ausgeschlossen, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind, um Verzerrungen der Ergebnisse zu vermeiden.

Tabelle 2: Fallzahlen und deskriptive Auswertung

Kategorie	Femurfraktur		Herzinsuffizienz	
	Patienten ohne Demenz	Demenzpatienten	Patienten ohne Demenz	Demenzpatienten
Elixhauser Komorbiditätsindex	10	11	23	25
< 0	3.846 (21 %)	1.603 (18 %)	3.404 (7,8 %)	578 (6,5 %)
= 0	1.150 (6,2 %)	417 (4,8 %)	910 (2,1 %)	114 (1,3 %)
1–4	1.846 (10 %)	867 (10 %)	2.103 (4,8 %)	404 (4,5 %)
> 4	11.670 (63 %)	5.789 (67 %)	37.153 (85 %)	7.833 (88 %)
Klinik mit Demenzstation	1.162 (6,3 %)	529 (6,1 %)	1.983 (4,6 %)	450 (5 %)
GfKb (OPS 8-550)	7.036 (38 %)	2.761 (32 %)	2.644 (6,1 %)	729 (8,2 %)
Alter	83	87	83	86
Auftreten eines Delirs	1.324 (7,2 %)	1.621 (19 %)	1.169 (2,7 %)	711 (8 %)
Demenzdiagnose ist kodiert	0 (0 %)	6.100 (70 %)	0 (0 %)	4.643 (52 %)
Verweildauer	14	11	8	8
Fallkosten	9.482	9.097	4.581	4.478
Begleitperson	7 (<0,1 %)	27 (0,3 %)	20 (<0,1 %)	21 (0,2 %)
Geschlecht				
▪ männlich	4.426 (24 %)	1.999 (23 %)	18.450 (42 %)	3.326 (37 %)
▪ weiblich	14.086 (76 %)	6.677 (77 %)	25.120 (58 %)	5.603 (63 %)
verstorben im KH	1.018 (5,5 %)	771 (8,9 %)	4.419 (10 %)	1.443 (16 %)
Krankenhausfälle pro Jahr	0,55	0,55	0,73	0,82
höherer Pflegegrad	1.538 (9,8 %)	828 (12 %)	2.908 (8,1 %)	485 (7 %)
höhere Pflegeart	2.030 (13 %)	1.209 (17 %)	2.206 (6,2 %)	590 (8,6 %)
Fallzahl	18.512	8.676	43.570	8.929

Anmerkung: Komorbiditäten auf Basis von stationären und ambulanten Diagnosen ein Jahr vor dem Krankenhausfall; bei Pflegegrad und Pflegeart sind Verstorbene sowie Fälle ab Dezember nicht enthalten, da die Pflege im Anschluss an den Krankenhausfall nicht beobachtet werden kann.

Quelle: BARMER-Daten 2023

5.1 Femurfraktur

Die Gruppe der Demenzerkrankten mit einer Femurfraktur in der Analysestichprobe umfasst insgesamt 8.676 Fälle (Tabelle 2). Das hohe Durchschnittsalter von 87 Jahren und der starke Frauenanteil von 77 Prozent spiegeln das typische Bild dieser Patientengruppe wider. Entsprechend ihrem Alter weist die Population zahlreiche Vorerkrankungen auf. 67 Prozent der Patientinnen und Patienten haben einen Elixhauser Komorbiditätsindex von über 4, was auf eine hohe Krankheitslast hinweist. Im Vergleich zu den Patientinnen und Patienten ohne Demenz sind die Demenzerkrankten insgesamt etwas älter und haben häufiger multiple Vorerkrankungen.

In rund 70 Prozent der Fälle wird die Demenzerkrankung als Nebendiagnose kodiert. Dieser Anteil liegt über den Werten, die beispielsweise in der GHoSt-Studie der Robert Bosch Stiftung gemessen wurden. Dort wurde jedoch ebenfalls festgestellt, dass die Wahrscheinlichkeit einer dokumentierten Demenzdiagnose mit dem Schweregrad der Erkrankung steigt (Bickel et al., 2019). Vor diesem Hintergrund kann die Nebendiagnose als ein – wenngleich unvollständiger – Indikator für ein fortgeschrittenes Krankheitsstadium gewertet werden, in dem die Demenz bereits klinisch manifest und relevant ist. Die Kodierungspraxis spiegelt somit nicht nur das Vorliegen der Erkrankung, sondern auch deren Relevanz für die akutstationäre Versorgung wider.

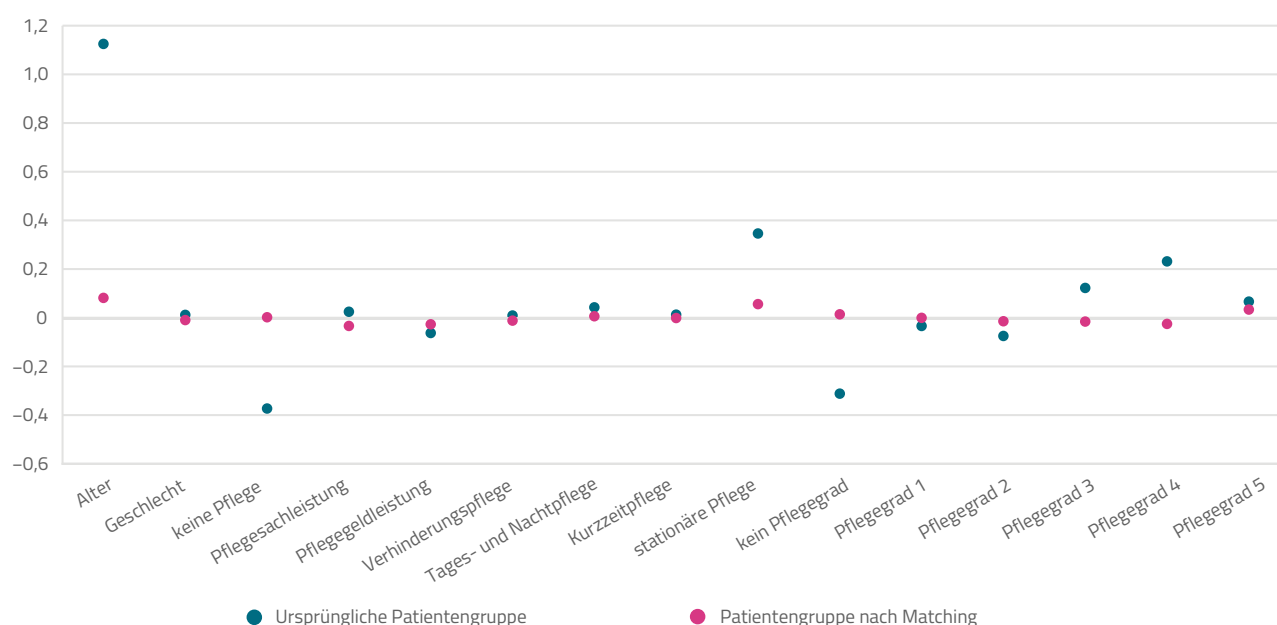
Auffällig sind die kürzere Verweildauer und die geringeren Fallkosten von Demenzerkrankten mit Femurfraktur gegenüber den anderen Patientinnen und Patienten bei gleichzeitig höherem Alter und häufigeren Komorbiditäten. Aufgrund der deutlichen Unterschiede in den Ausgangscharakteristika der beiden Gruppen lässt sich daraus jedoch keine eindeutige Kausalbeziehung ableiten. Eine mögliche Erklärung für die kürzere Verweildauer könnte im höheren Anteil stationär versorgter Personen unter den Demenzerkrankten liegen: Bereits vor dem Krankenhausaufenthalt befanden sich 41 Prozent dieser Patientinnen und Patienten in stationärer Pflege, während dies in der Vergleichsgruppe nur auf etwa sechs Prozent zutraf. Umgekehrt ist der Anteil ohne vorherige Pflegearrangements unter den nicht demenzerkrankten Patientinnen und Patienten deut-

lich höher (51 Prozent versus 15 Prozent). Dies legt nahe, dass die Entlassung aus dem Krankenhaus für Demenzerkrankte häufiger in ein bereits etabliertes, professionelles Pflegeumfeld erfolgt. Ein solcher Übergang kann in der Regel schneller organisiert werden als die erstmalige Vermittlung in eine geeignete Pflegeeinrichtung, was sich wiederum in verkürzten Liegezeiten niederschlagen könnte.

Ein weiterer markanter Unterschied zwischen den Vergleichsgruppen zeigt sich im Risiko, während des Krankenhausaufenthalts ein Delir zu entwickeln. Bei demenzerkrankten Patientinnen und Patienten mit einer Femurfraktur tritt ein Delir in 19 Prozent der Fälle auf, während dies in der Vergleichsgruppe ohne Demenz lediglich in sieben Prozent der Fälle beobachtet wird. Dieses deutlich erhöhte Risiko verweist auf die ausgeprägte Vulnerabilität kognitiv beeinträchtigter Patientinnen und Patienten gegenüber akuten Verwirrheitszuständen im stationären Umfeld. Die Krankenhausmortalität liegt in dieser Patientengruppe bei neun Prozent – ein Wert, der die gesundheitliche Belastung durch eine Femurfraktur in Kombination mit einer bestehenden Demenzerkrankung eindrücklich verdeutlicht.

In der anschließenden Analyse erfolgt ein verbesserter Vergleich zwischen Demenzerkrankten und Nichtdemenzerkrankten durch den Einsatz eines Propensity Score Matchings. Für jede demenzerkrankte Patientin bzw. jeden demenzerkrankten Patienten wird dabei eine möglichst ähnliche Person aus der Vergleichsgruppe ohne Demenz identifiziert – basierend auf beobachtbaren Merkmalen wie Alter, Geschlecht, Pflegegrad, Pflegeart vor dem Krankenhausaufenthalt sowie Komorbiditäten. Durch dieses Vorgehen reduziert sich die Fallzahl der Stichprobe, da nur jene Demenzerkrankten in die Analyse einfließen, für die sich ein passendes Matching-Pendant identifizieren lässt. Abbildung 19 illustriert die Wirkung des Propensity Score Matchings: Die anfänglichen Unterschiede zwischen den Gruppen nehmen für alle berücksichtigten Variablen deutlich ab. Nach dem Matching bestehen keine signifikanten Differenzen mehr zwischen den Gruppen – ein Hinweis auf die hohe Qualität der Vergleichbarkeit innerhalb der so erstellten Stichprobe.

Abbildung 19: Balancing vor und nach Matching (Femurfraktur)



Quelle: BARMER-Daten 2023

Tabelle 3 und Tabelle 4 zeigen die Ergebnisse der Analysen für Patientinnen und Patienten mit einer Femurfraktur. Zu sehen sind für jede untersuchte Variable sowohl die Ergebnisse ohne vorheriges Propensity Score Matching als auch die mit Matching. In einer dritten Regression wird darüber hinaus untersucht, wie sich der Effekt durch die Demenz bei Patientinnen und Patienten, bei denen die Demenz als Nebendiagnose kodiert wurde, sowie bei solchen, die in Krankenhäusern mit Demenzkonzept behandelt wurden, verändert.

In den ersten Spalten der Analysen zeigen sich jeweils die Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen, die bereits in Tabelle 2 deutlich wurden. Nach dem Matching wird jedoch für die Verweildauer und die Fallkosten ersichtlich, dass die Unterschiede zwischen den Gruppen durch andere Faktoren beeinflusst sind. Zudem wird deutlich, dass Demenzerkrankte mit einer Femurfraktur bei ähnlichen Charakteristika etwa eine fünf Prozent geringere Verweildauer haben als andere Patientinnen und Patienten. Insgesamt wird die Differenz zwischen den Gruppen hier geringer als bei einem Vergleich ohne Matching. Da im Matching die Pflegeform vor dem Krankenhausaufenthalt einbezogen wird, geht daraus hervor, dass sich der Unterschied zwischen

den Vergleichsgruppen nicht ausschließlich durch die vorherige Pflegeform erklären lässt.

Bei den Fallkosten ist der Unterschied zwischen den Gruppen deutlicher und statistisch signifikant. Es zeigt sich außerdem, dass es einen positiven Effekt auf die Verweildauern und Fallkosten von Demenzerkrankten hat, wenn Demenz als Nebendiagnose kodiert wurde. Dieser Befund bestätigt die These, dass es sich dabei um Fälle mit fortgeschrittenem Demenzstadium handeln könnte. Darüber hinaus ist die Verweildauer für Demenzerkrankte signifikant erhöht, wenn diese in Krankenhäusern mit Demenzkonzept behandelt werden. Für die Fallkosten ist kein signifikanter Effekt dadurch messbar. Es wurde darüber hinaus untersucht, ob Demenzerkrankte mit einer Femurfraktur häufiger an einem Delir leiden. Demenzerkrankte haben eine um zehn Prozentpunkte erhöhte Wahrscheinlichkeit, dass sie ein Delir erleiden. Damit ist die Wahrscheinlichkeit fast doppelt so hoch wie im Durchschnitt. Für Fälle, bei denen Demenz als Nebendiagnose kodiert wurde, ist die Wahrscheinlichkeit sogar zusätzlich erhöht. Eine Behandlung in einem Krankenhaus mit Demenzkonzept zeigt hingegen kein signifikantes Ergebnis.

Tabelle 3: Analyseergebnisse Femurfraktur: Verweildauer, Fallkosten und Delir

Matching	Log (Verweildauer)			Log (Fallkosten)			Delir		
	ohne	mit	mit	ohne	mit	mit	ohne	mit	mit
KH-Aufenthalt mit Demenz	-0,11*** (0,01)	0,05*** (0,01)	-0,1*** (0,02)	-0,02** (0,01)	-0,04 (0,01)	-0,05*** (0,01)	0,12*** (0,005)	0,10*** (0,01)	0,07*** (0,01)
Demenz als ND			0,04* (0,02)			0,07*** (0,01)			0,05*** (0,02)
KH mit Demenzkonzept			0,31*** (0,03)			0,04 (0,03)			0,001 (0,02)
Mittelwert Y	2,48	2,53	2,53	9,17	9,19	9,19	0,1	0,14	0,14
Effekt in Prozent							120	71	
Patientinnen und Patienten	25.399	10.718	10.718	25.399	10.718	10.718	25.399	10.718	10.718

Robuste Standardfehler; fixe Effekte für Bundesländer und Monat.

Quelle: BARMER-Daten 2023

Tabelle 4: Analyseergebnisse Femurfraktur: Pflegegrad, Art der Pflege und Tod

Matching	Pflegegrad			Art der Pflege			Tod		
	ohne	mit	mit	ohne	mit	mit	ohne	mit	mit
KH-Aufenthalt mit Demenz	0,03*** (0,01)	0,02** (0,01)	0,02 (0,01)	0,16*** (0,01)	0,02* (0,01)	-0,006 (0,01)	0,03*** (0,004)	-0,01 (0,01)	-0,02*** (0,01)
Demenz als ND			0,01 (0,01)			0,03* (0,02)			0,02** (0,01)
KH mit Demenzkonzept			0,05* (0,02)			0,04 (0,03)			-0,01 (0,01)
Mittelwert Y	0,11	0,13	0,13	0,17	0,27	0,27	0,07	0,09	0,09
Effekt in Prozent	24	18		91	8		51	15	
Patientinnen und Patienten	22.155	9.265	9.265	18.653	7.330	7.330	27.188	11.766	11.766

Robuste Standardfehler; fixe Effekte für Bundesländer und Monat.

Quelle: BARMER-Daten 2023

Tabelle 4 enthält die Analyseergebnisse für eine Veränderung in der Pflegesituation und die Krankenhausmortalität. Demenzerkrankte haben der Analyse zufolge sowohl vor als auch nach dem Matchingverfahren eine größere Wahrscheinlichkeit, nach dem Krankenhausaufenthalt einen höheren Pflegegrad zu haben. Die Wahrscheinlichkeit, etwa von keinem Pflegegrad auf Pflegegrad 1 zu wechseln, ist für Demenzerkrankte um zwei Prozentpunkte höher. Die Wahrscheinlichkeit für einen Wechsel beispielsweise von keiner in die ambulante Pflegeform ist ebenfalls signifikant um

zwei Prozentpunkte erhöht. Das Vorliegen einer Demenz als Nebendiagnose steigert die Wahrscheinlichkeit für letzteres signifikant. Außerdem erhöht die Behandlung in einem Krankenhaus mit einem Demenzkonzept die Wahrscheinlichkeit für einen höheren Pflegegrad für Demenzerkrankte. Dieser Zusammenhang könnte auch mit einer verbesserten Einschätzung des Pflegebedarfs der Patientinnen und Patienten zusammenhängen, die zu einer neuen Pflegebegutachtung führt. Hierzu ist jedoch keine kausale Aussage möglich.

5.2 Herzinsuffizienz

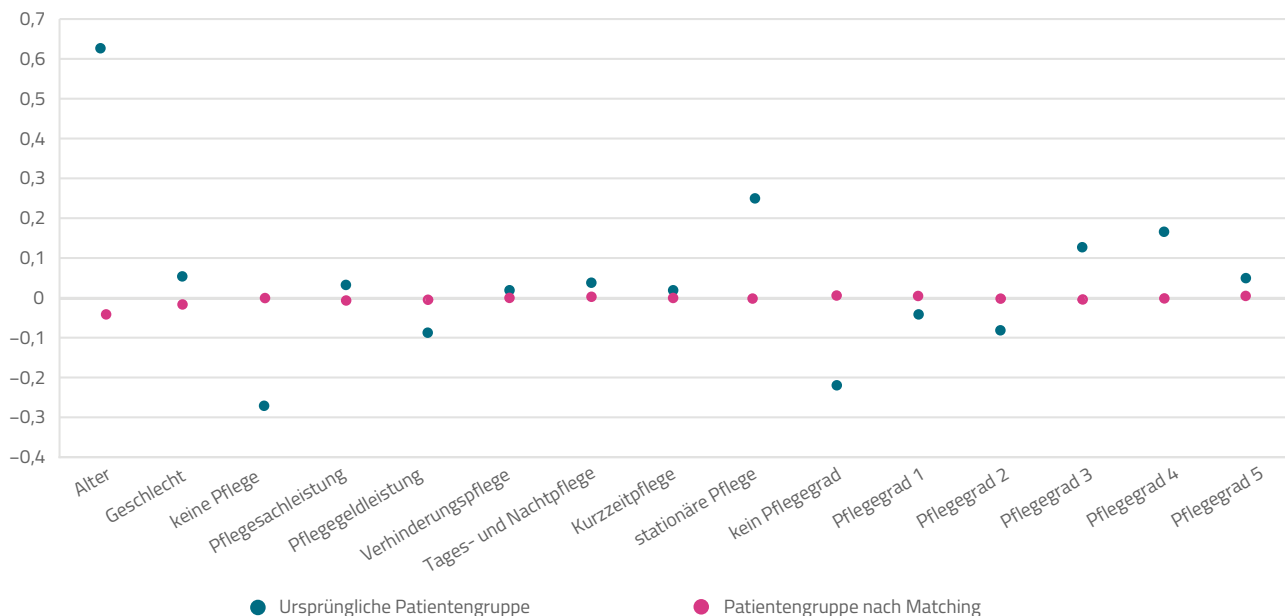
In der Analysestichprobe mit der Hauptdiagnose Herzinsuffizienz zeigen sich insgesamt geringere Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen. In die Analyse eingeschlossen sind 8.929 Krankenhäusfälle von Patientinnen und Patienten mit Demenz. Diese sind im Durchschnitt 86 Jahre alt und damit etwas älter als die Vergleichsgruppe mit 83 Jahren. In beiden Gruppen liegt eine hohe Krankheitslast vor: 88 Prozent der demenzerkrankten und 85 Prozent der übrigen Patientinnen und Patienten erreichen einen Elixhauser Komorbiditätsindex von mindestens 4. Dennoch erfassen die Kliniken die Demenz nur in 52 Prozent der Fälle als Nebendiagnose – ein Hinweis darauf, dass sie nicht immer vollständig dokumentiert wird.

Die durchschnittliche Verweildauer liegt in beiden Gruppen bei rund acht Tagen; und auch die Fallkosten unterscheiden sich mit etwa 4.500 Euro kaum. Wie

schon bei den Femurfrakturen zeigt sich auch hier, dass Patientinnen und Patienten mit Demenz vor dem Krankenhausaufenthalt deutlich häufiger stationär gepflegt werden (33 Prozent gegenüber sieben Prozent). Das Risiko, während des Aufenthalts ein Delir zu entwickeln, liegt bei Demenzpatientinnen und -patienten bei acht Prozent und damit ebenfalls deutlich über dem Wert der Vergleichsgruppe (2,7 Prozent). Obwohl Herzinsuffizienz offenbar seltener mit deliranten Episoden einhergeht als eine Femurfraktur, zeigt sich auch hier eine erhöhte Vulnerabilität bei Demenzerkrankten.

Mittels Propensity Score Matching wurde auch für diese Patientengruppe eine passende Vergleichsgruppe ohne Demenz zusammengestellt, die hinsichtlich aller beobachtbaren Merkmale eng an die Gruppe der Demenzerkrankten angelehnt ist (Abbildung 20). Entsprechend ist auch hier die finale Analysestichprobe kleiner als in Tabelle 2.

Abbildung 20: Balancing vor und nach Matching (Herzinsuffizienz)



Quelle: BARMER-Daten 2023

Abbildung 20 und Tabelle 6 zeigen die Ergebnisse der Analysen für Fälle mit der Hauptdiagnose Herzinsuffizienz. Die zweite Spalte verdeutlicht, dass es nach dem Propensity Score Matching keinen signifikanten Unterschied mehr zwischen den Vergleichsgruppen mit Bezug auf die Verweildauer gibt. Die Fallkosten sind hingegen signifikant um zwei Prozent geringer bei Fällen von Demenzerkrankten. Analog zu den Fällen mit Femurfraktur in Tabelle 3 zeigt sich, dass die Verweildauer in Krankenhäusern mit Demenzkonzept für Demenzerkrankte im Durchschnitt höher ist. Dies gilt auch für die

durchschnittlichen Fallkosten. Deutlich wird außerdem, dass im Fall einer als Nebendiagnose kodierten Demenz kein zusätzlicher signifikanter Unterschied erkennbar ist. Dies gilt nicht bei der Wahrscheinlichkeit, ein Delir zu erleiden. Einerseits ist das Risiko für Demenzerkrankte insgesamt um fünf Prozentpunkte erhöht. Andererseits zeigt sich, dass Fälle, bei denen eine Demenz als Nebendiagnose kodiert ist, zusätzlich mit einem höheren Risiko für ein Delir assoziiert sind. Auch hier lässt sich vermuten, dass es sich dabei um besonders schwerwiegende Fälle von Demenz handelt.

Tabelle 5: Analyseergebnisse Herzinsuffizienz: Verweildauer, Fallkosten und Delir

Matching	Log (Verweildauer)			Log (Fallkosten)			Delir		
	ohne	mit	mit	ohne	mit	mit	ohne	mit	mit
KH-Aufenthalt mit Demenz	0,05*** (0,01)	-0,02 (0,01)	-0,04** (0,01)	-0,03*** (0,01)	-0,02** (0,01)	-0,04*** (0,01)	0,05*** (0,003)	0,05*** (0,004)	0,02*** (0,004)
Demenz als ND			0,03 (0,02)			0,01 (0,01)			0,05*** (0,01)
KH mit Demenzkonzept			0,21*** (0,04)			0,14*** (0,03)			0,0002 (0,0147)
Mittelwert Y	2,01	2,07	2,05	8,53	8,52	8,52	0,03	0,05	0,05
Effekt in Prozent							167	100	
Patientinnen und Patienten	46.637	14.118	14.118	46.627	14.117	14.117	46.637	14.118	14.118

Quelle: BARMER-Daten 2023

Tabelle 6: Analyseergebnisse Herzinsuffizienz: Pflegegrad, Art der Pflege und Tod

Matching	Pflegegrad			Art der Pflege			Tod		
	ohne	mit	mit	ohne	mit	mit	ohne	mit	mit
KH-Aufenthalt mit Demenz	-0,01 (0,003)	-0,004 (0,005)	-0,01* (0,01)	0,07*** (0,005)	0,01 (0,01)	-0,04*** (0,01)	0,06*** (0,004)	-0,001 (0,006)	-0,02** (0,01)
Demenz als ND			0,01 (0,01)			0,09*** (0,01)			0,04*** (0,01)
KH mit Demenzkonzept			0,02 (0,02)			0,06 (0,03)			0,03 (0,02)
Mittelwert Y	0,08	0,08	0,08	0,07	0,13	0,13	0,11	0,16	0,16
Effekt in Prozent	13	9		37	1		54	2	
Patientinnen und Patienten	42.013	12.421	12.421	37.437	8.869	8.869	52.499	16.762	16.762

Quelle: BARMER-Daten 2023.

Tabelle 6 zeigt die Ergebnisse bei stationären Aufenthalten in Bezug auf Pflege und Krankenhausmortalität. Die Analysen verdeutlichen, dass sowohl vor als auch nach dem Matching kein signifikanter Unterschied zwischen Demenzerkrankten und allen anderen Patientinnen und Patienten messbar ist. Es wird ebenfalls kein Unterschied in Bezug auf eine intensivere Pflegeart ersichtlich. Ein signifikanter Unterschied zeigt sich zunächst ohne Matching, verschwindet jedoch nach dem Matching weitgehend und ist dann nicht mehr signifikant. Dies deutet darauf hin, dass bei vergleichbaren Patientengruppen kein statistisch belastbarer Unterschied im Hinblick auf die intensivere Pflegeart besteht. Falls Demenz als Nebendiagnose kodiert ist, erhöht dies jedoch die Wahrscheinlichkeit für eine intensivere Form der Pflege nach dem Krankenhausaufenthalt. Ein ähnliches Bild zeigt sich bei der Krankenhausmortalität. Fälle mit einer kodierten Demenzdiagnose haben durchschnittlich eine höhere Krankenhausmortalität.

6 Fazit und Diskussion

Die vorliegenden Analysen auf Basis der Routinedaten der BARMER aus dem Jahr 2023 verdeutlichen eindrücklich, dass Krankenhausaufenthalte für Menschen mit Demenz mit besonderen Risiken und Belastungen verbunden sind. Rund sieben Prozent aller stationären Fälle sind davon betroffen – und es ist davon auszugehen, dass der Anteil zukünftig steigen wird. Es bestätigt sich, dass die demenziell erkrankte Patientengruppe sich systematisch von nicht dementen Patientinnen und Patienten unterscheidet; nicht nur hinsichtlich des Alters und Pflegebedarfs, sondern auch im Verlauf und in den Folgen eines Krankenhausaufenthalts.

Die Analysen zu den häufigsten Aufnahmediagnosen – Femurfraktur und Herzinsuffizienz – zeigen dabei ein heterogenes Bild. So sind etwa bei Demenzerkrankten mit einer Femurfraktur die Verweildauer und die Fallkosten im Durchschnitt niedriger als bei vergleichbaren Patientinnen und Patienten ohne Demenz. Dieser Befund steht im Gegensatz zu früheren Studien (unter anderem von Möllers et al., 2019) und könnte damit zusammenhängen, dass ein großer Teil dieser Patientinnen und Patienten bereits vor dem Krankenhausauf-

enthalt in stationärer Pflege lebt. In diesen Fällen kann eine frühzeitige Entlassung in ein professionelles Umfeld organisatorisch einfacher sein – selbst bei deutlich eingeschränktem Allgemeinzustand. Allerdings darf eine kürzere Verweildauer nicht automatisch als Indikator für eine effizientere oder bessere Versorgung gewertet werden, insbesondere dann nicht, wenn sie mit schlechteren gesundheitlichen Outcomes einhergeht.

Besonders besorgniserregend ist die deutlich höhere Delirinzidenz bei Demenzerkrankten. Bei einer stationären Behandlung einer Femurfraktur entwickelt fast jede fünfte Patientin bzw. jeder fünfte Patient mit Demenz ein Delir – verglichen mit rund sieben Prozent bei nicht dementen Personen. Auch bei Herzinsuffizienz liegt das Risiko deutlich höher. Diese Differenz unterstreicht die erhöhte Vulnerabilität kognitiv eingeschränkter Menschen im Krankenhausumfeld, das häufig nicht auf ihre besonderen Bedürfnisse ausgerichtet ist. Die mit einem Delir verbundenen gesundheitlichen Risiken – darunter eine anhaltende Verschlechterung des kognitiven und physischen Zustands – verdeutlichen, dass präventive Maßnahmen während des Krankenhausaufenthaltes sowie vor diesem dringend erforderlich sind.

Darüber hinaus zeigen die Ergebnisse, dass Demenzerkrankte nach einem Krankenhausaufenthalt häufiger eine pflegeintensivere Betreuung benötigen als zuvor und/oder einen höheren Pflegegrad erhalten – ein Hinweis auf die längerfristigen Folgen eines stationären Aufenthalts für diese Patientengruppe. Das Risiko einer Verschlechterung des funktionalen Zustands ist bei ihnen signifikant höher als bei vergleichbaren Personen ohne Demenz.

Ein weiteres zentrales Ergebnis ist, dass vorhandene Angebote speziell für Demenzerkrankte zur Verbesserung der Versorgung – etwa spezialisierte demenzsensible Krankenhäuser und der Einsatz von Begleitpersonen zur Unterstützung der Patientinnen und Patienten – bislang nur sehr eingeschränkt genutzt werden. Trotz eines möglichen Nutzens solcher Angebote sind sie weder flächendeckend verfügbar noch in der Routineversorgung etabliert. Dies stellt eine Lücke in der Versorgung dar, die dringend adressiert werden muss.

Handlungsempfehlungen:

1. Präventive Maßnahmen zur Hospitalisierungsvermeidung von Menschen mit Demenz stärken:

Da ein stationärer Aufenthalt für Menschen mit Demenz eine besondere Belastung darstellt, ist es wichtig, nicht notwendige Hospitalisierungen zu vermeiden. Durch den Einsatz telemedizinischer Monitoring-Systeme kann eine frühzeitige Erkennung gesundheitlicher Verschlechterungen ermöglicht werden und die Pflegenden können dadurch in der Versorgung vor Ort unterstützt werden. Damit könnte das Risiko einer Hospitalisierung gesenkt werden. Auch Strategien zur Sturzprävention – etwa durch Mobilitätsförderung, Anpassung des Wohnumfelds oder technische Assistenzsysteme – tragen wesentlich dazu bei, verletzungsbedingte Hospitalisierungen zu vermeiden.

2. Demenzsensible Krankenhausstrukturen in den Blick nehmen:

Bisher existiert in der Versorgung keine einheitliche und bundesweit gültige Definition darüber, wie demenzsensible Strukturen im Krankenhaus gestaltet sein sollen und welche Effekte die verschiedenen Elemente auf das Versorgungs-Outcome haben. Zu den Elementen demenzsensibler Krankenhausstrukturen können unter anderem folgende gehören: Umgebungsgestaltung (zum Beispiel angepasste bauliche Strukturen), Delirprävention, Einbindung von Angehörigen (etwa Begleitperson im Krankenhaus) und Schulungen für das Krankenhauspersonal. Demenzsensible Versorgungsstrukturen können das Risiko für Komplikationen senken und den Aufenthalt insgesamt weniger belastend gestalten. Gleichzeitig legen die Ergebnisse nahe, dass sich insbesondere die Verweildauer in einem demenzsensibel ausgestatteten Krankenhaus erhöht, was auf eine intensivere Betreuung hindeutet. Damit der steigenden Anzahl der Demenzpatientinnen und -patienten entsprechende Versorgungsstrukturen gegenüberstehen, sollte zukünftig eine einheitliche Definition demenzsensibler Versorgungskonzepte in Krankenhäusern gefunden werden und in die Ver-

sorgung eingehen. Hierfür ist es notwendig, dass die verfügbaren Elemente hinsichtlich ihrer Wirksamkeit untersucht und diese wissenschaftlichen Erkenntnisse in die praktischen Empfehlungen eingebunden werden. Darauf aufbauend ist es notwendig, dass Angehörige systematisch darüber informiert werden, ob das behandelnde Krankenhaus über ein solches Konzept verfügt und welche Unterstützungsangebote ihnen sowie den Betroffenen während des Aufenthalts zur Verfügung stehen. Eine bessere Transparenz kann dazu beitragen, informierte Entscheidungen bei der Krankenhauswahl zu treffen und die Einbindung der Angehörigen in die Versorgung zu verbessern.

3. Frühzeitige und systematische Erfassung der Demenzdiagnose:

Demenzdiagnosen liegen im Krankenhaus bei Aufnahme häufig nicht strukturiert vor. Dies gibt einen Hinweis darauf, dass einerseits zu wenig Demenz-Screening stattfindet oder die Ergebnisse nicht ausreichend dokumentiert werden und andererseits der sektorenübergreifende Austausch von Patientinformationen nicht effizient funktioniert. Durch eine frühzeitige und zuverlässige Dokumentation der Demenzdiagnose kann eine gezieltere demenzsensible Versorgung gefördert werden. Die elektronische Patientenakte (ePA) birgt die Chance, Demenzdiagnosen strukturiert zu dokumentieren und den Versorgenden einrichtungsübergreifend zugänglich zu machen.

4. Entlassmanagement verbessern:

Die Entlassung aus dem stationären Umfeld geht häufig mit einer Veränderung in der pflegerischen Versorgung einher. Die organisierte Entlassung in ein bekanntes pflegerisches Umfeld oder eine neue pflegerische Versorgung bedarf eines strukturierten Entlassmanagements. Eine enge Abstimmung zwischen Krankenhaus, Pflegeeinrichtungen und Angehörigen sowie der gezielte Einsatz von Entlassmanagement sind essenziell, um eine stabile Nachversorgung sicherzustellen und den besonderen Bedürfnissen von Demenzpatientinnen und -patienten gerecht zu werden.

Krankenhausaufenthalte bedeuten für Menschen mit Demenz ein erhöhtes gesundheitliches Risiko. Zwar ist ihre Zahl seit Jahren stabil, ihre Versorgung erfordert jedoch mehr Aufmerksamkeit und spezifische Anpassungen im klinischen Alltag. Eine auf ihre Bedürfnisse abgestimmte Behandlung – insbesondere in Einrichtungen mit demenzsensibler Ausrichtung – könnte dazu beitragen, gesundheitliche Komplikationen zu vermeiden, funktionelle Verschlechterungen zu reduzieren und die Lebensqualität dieser besonders verletzlichen Patientengruppe nachhaltig zu verbessern.

Abkürzungsverzeichnis

DGG	Deutsche Gesellschaft für Geriatrie
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
ICD	International Classification of Diseases
M2Q	mindestens zwei Quartale
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
PG	Pflegegrad
RKI	Robert Koch-Institut
SGB	Sozialgesetzbuch

Literatur

- Augurzky, B., Bergschneider, H., Krolop, S., Monsees, D., Pilny, A. & Schmidt, C. M. (2025). Krankenhaus Rating Report 2025. Heidelberg: medhochzwei.
- Augurzky, B., Kottmann, R., Leber, R., Mensen, A. & Wuckel, C. (2023). BARMER Krankenhausreport 2023. Berlin: BARMER GEK.
- Bickel, H., Schäufele M., Hendlmeier I. & Heßler-Kaufmann J. B. (2019). Demenz im Allgemeinkrankenhaus. Ergebnisse einer epidemiologischen Feldstudie. General Hospitalstudy (GHOSt). Verfügbar unter: <https://www.bosch-stiftung.de/de/publikation/demenz-im-allgemeinkrankenhaus-ergebnisse-einer-epidemiologischen-feldstudie-general> [06.08.2025]
- Blotenberg, I., Hoffmann, W. & Thyrian, J. R. (2023). Demenz in Deutschland: Epidemiologie und Präventionspotenzial. Dtsch Arztebl International, 120 (27–28), 470–476. doi: 10.3238/arztebl.m2023.0100.
- BMFSFJ – Bundesministerium für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2025a). Demenzsensibles Krankenhaus. Verfügbar unter: <https://www.wegweiser-demenz.de/www/medizinisches/im-krankenhaus/demenzsensibles-krankenhaus> [06.08.2025]
- BMFSFJ – Bundesministerium für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2025b). Wegweiser Demenz. Verfügbar unter: <https://www.wegweiser-demenz.de/www/medizinisches/im-krankenhaus/aufnahme> [06.08.2025]
- De Biasi, J., Reininghaus, E. & Schoberer, D. (2023). Delir bei Demenz: Früherkennung und Behandlung – ein narrativer Review. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 7. Verfügbar unter: <https://www.springermedizin.de/demenz/demenz/delir-bei-demenz/23646398> [06.08.2025]
- De Matteis, G., Burzo, M. L., Della Polla, D. A., Serra, A., Russo, A., Landi, F. et al. (2023). Outcomes and Predictors of In-Hospital Mortality among Older Patients with Dementia. Journal of Clinical Medicine, 12 (1), 59. doi: 10.3390/jcm12010059.
- Deutsche Herzstiftung (2025). Herzschwäche: Symptome und Therapie. Verfügbar unter: <https://herzstiftung.de/infos-zu-herzerkrankungen/herzinsuffizienz> [06.08.2025]
- Deutsche Hirnstiftung (2025). Delir. Verfügbar unter: <https://hirnstiftung.org/alle-erkrankungen/delir/> [06.08.2025]
- DGG – Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e. V. (2025). Spezialstationen für Patienten mit kognitiver Einschränkung. Verfügbar unter: <https://www.dggeriatrie.de/spezialstationen-fuer-patienten-mit-kognitiver-einschraenkung> [06.08.2025]
- DZNE – Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen e. V. (2024). Faktenzentrale: Demenz. Verfügbar unter: <https://www.dzne.de/aktuelles/hintergrund/faktenzentrale/> [06.08.2025]
- Islam, M. R., Lbik, D., Sakib, M. S., Maximilian Hofmann, R., Berulava, T., Jiménez Mausbach, M. et al. (2021). Epigenetic gene expression links heart failure to memory impairment. EMBO Molecular Medicine, 13 (3), e11900. doi: 10.15252/emmm.201911900.
- Kirchen-Peters, S. (2025). Demenz als pflegerische Herausforderung im Krankenhaus. In J. Klauber, J. Wasem, A. Beivers, C. Mostert & D. Scheller-Kreinsen (Hrsg.), Krankenhaus-Report 2025. Heidelberg: Springer Berlin.
- Kirchen-Peters, S. & Krupp, E. (2019). Praxisleitfaden zum Aufbau demenzsensibler Krankenhäuser. Verfügbar unter: <https://www.bosch-stiftung.de/de/publikation/praxisleitfaden-zum-aufbau-demenzsensibler-krankenhaeuser> [06.08.2025]
- Kirchen-Peters, S., Krupp, E. & Rößler, J. (2020). Sektorenübergreifende Betreuung von demenzkranken Pflegebedürftigen im Krankenhaus. Die Ergebnisse des Projekts SEBKam (Sektorenübergreifender Einsatz von Betreuungskräften an der Schnittstelle von Krankenhaus und ambulanter Versorgung). Verfügbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/forschung/projekte_unterseiten/SEBKam_Endbericht_2020.pdf [06.08.2025]
- Liang, J., Li, C., Gao, D., Ma, Q., Wang, Y., Pan, Y. et al. (2023). Association Between Onset Age of Coronary Heart Disease and Incident Dementia: A Prospective Cohort Study. Journal of the American Heart Association, 12 (23), e031407. doi:10.1161/JAHA.123.031407.
- Lindsay, J. & Anderson, L. (2004). Dementia / Alzheimer's Disease. BMC Women's Health, 4 (1), S20. doi: 10.1186/1472-6874-4-S1-S20.
- Ma, C., Bao, S., Dull, P., Wu, B. & Yu, F. (2019). Hospital readmission in persons with dementia: A systematic review. International Journal of Geriatric Psychiatry, 34 (8), 1170–1184. doi: 10.1002/gps.5140.
- Möllers, T., Stocker, H., Wei, W., Perna, L. & Brenner, H. (2019). Length of hospital stay and dementia: A systematic review of observational studies. International Journal of Geriatric Psychiatry, 34 (1), 8–21. doi: 10.1002/gps.4993.

- Nichols, E., Steinmetz, J. D., Vollset, S. E., Fukutaki, K., Chalek, J., Abd-Allah, F. et al. (2022). Estimation of the global prevalence of dementia in 2019 and forecasted prevalence in 2050: an analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Public Health*, 7 (2), e105–e125. doi: 10.1016/S2468-2667(21)00249-8.
- Nock, L., Hielscher, V. & Kirchen-Peters, S. (2013). Dienstleistungsarbeit unter Druck: Der Fall Krankenhauspflege. Arbeitspapiere Hans-Böckler-Stiftung, 296. Verfügbar unter: <https://www.econstor.eu/handle/10419/116753> [06.08.2025]
- Olesen, K. K. W., Thrane, P. G., Gyldenkerne, C., Thomsen, R. W., Mortensen, J. K., Kristensen, S. D. et al. (2024). Diabetes and coronary artery disease as risk factors for dementia. *European Journal of Preventive Cardiology*, 32 (6), 477–484. doi:10.1093/eurjpc/zwae153.
- Rao, A., Suliman, A., Vuik, S., Aylin, P. & Darzi, A. (2016). Outcomes of dementia: Systematic review and meta-analysis of hospital administrative database studies. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 66, 198–204. doi: 10.1016/j.archger.2016.06.008.
- Rommel, A., Gaertner, B., Neuhauser, H., Yessimova, D., Schröder, H., Brückner, G., Schüssel, K. et al. (2025). Demenzerkrankungen – Prävalenz, Trends und regionale Verteilung in Deutschland. Eine Auswertung auf Basis von GKV-Routinedaten. *Journal of Health Monitoring*, 10 (1). doi: 10.25646/13078.
- Sampson, E. L., Leurent, B., Blanchard, M. R., Jones & L., King, M. (2013). Survival of people with dementia after unplanned acute hospital admission: a prospective cohort study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 28 (10), 1015–1022. doi: 10.1002/gps.3919.
- Statistisches Bundesamt (2020). 15. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung nach Bundesländern. Verfügbar unter: <https://service.destatis.de/laenderpyramiden/index.html> [06.08.2025]
- Statistisches Bundesamt (2025). Bevölkerungsvorausberechnung. Verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsvorausberechnung/_inhalt.html#233980 [06.08.2025]
- Taylor, M. E., Close, J. C. T. (2018). Dementia. *Handb Clin Neurol*, 159, 303–321. doi: 10.1016/b978-0-444-63916-5.00019-7.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Demenzerkrankte (hochgerechnet) nach Jahren	4
Abbildung 2:	Prognose der Anzahl der Demenzerkrankten in Deutschland	5
Abbildung 3:	Geschlecht und Alter zum Zeitpunkt der ersten Diagnose	6
Abbildung 4:	Pflegebedürftigkeit zum Zeitpunkt der Diagnose	7
Abbildung 5:	Demenzerkrankte nach Bundesländern im Jahr 2023	8
Abbildung 6:	Krankenhausfälle mit Demenz (hochgerechnet) und Anteil an Gesamtfällen	9
Abbildung 7:	Prognose der Krankenhausfälle von Demenzerkrankten in Deutschland	10
Abbildung 8:	Einteilung der Krankenhausbehandlung in elektive Behandlungen und Notfallbehandlungen	11
Abbildung 9:	Häufigste Diagnosen für die Behandlung im Krankenhaus, Anteil an allen Behandlungsfällen in Prozent	12
Abbildung 10:	Häufigste Behandlungen nach OPS-Kapiteln (alle Patientinnen und Patienten), Anteil an allen Krankenhausfällen in Prozent	13
Abbildung 11:	Häufigste Behandlungen nach OPS-Kapiteln (Herzinsuffizienz), Anteil an allen Krankenhausfällen mit Hauptdiagnose Herzinsuffizienz in Prozent	14
Abbildung 12:	Häufigste Behandlungen nach OPS-Kapiteln (Femurfraktur), Anteil an allen Krankenhausfällen mit Hauptdiagnose Femurfraktur in Prozent	14
Abbildung 13:	Verteilung der Verweildauer bei Demenzerkrankten und Patientinnen und Patienten über 65 Jahre	15
Abbildung 14:	Verteilung der Verweildauer bei Demenzerkrankten und Patientinnen und Patienten über 65 Jahre mit Femurfraktur	16
Abbildung 15:	Verteilung der Verweildauer bei Demenzerkrankten und Patientinnen und Patienten über 65 Jahre mit Herzinsuffizienz	16
Abbildung 16:	Auftreten eines Delirs	17
Abbildung 17:	Begleitpersonen und Behandlungen in einem Krankenhaus mit Demenzkonzept in Prozent	18
Abbildung 18:	Art der Pflege vor und nach Krankenhausaufenthalt	20
Abbildung 19:	Balancing vor und nach Matching (Femurfraktur)	24
Abbildung 20:	Balancing vor und nach Matching (Herzinsuffizienz)	26

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Pflegegrad vor und nach Krankenhausaufenthalt	19
Tabelle 2:	Fallzahlen und deskriptive Auswertung	22
Tabelle 3:	Analyseergebnisse Femurfraktur: Verweildauer, Fallkosten und Delir	25
Tabelle 4:	Analyseergebnisse Femurfraktur: Pflegegrad, Art der Pflege und Tod	25
Tabelle 5:	Analyseergebnisse Herzinsuffizienz: Verweildauer, Fallkosten und Delir	27
Tabelle 6:	Analyseergebnisse Herzinsuffizienz: Pflegegrad, Art der Pflege und Tod	27

Impressum

Herausgeber

BARMER Institut für
Gesundheitssystemforschung (bifg)
10837 Berlin

Autorinnen und Autoren

Prof. Dr. Boris Augurzky,
Robin Kottmann,
Dr. Christiane Wuckel,

Design und Realisation

Satzweiss.com GmbH

Veröffentlichungstermin

Oktober 2025

DOI

10.30433/krankenhaus.2025.02

Copyright



Lizenziert unter CC BY-NC 4.0