

– Fachbeitrag D14-2026 –

09.10.2026

Barrierefreie Krankenhäuser in Deutschland: zum Stand der Umsetzung¹

Von Prof. Dr. Alfons Holleder (Universität Kassel)

I. Einleitung

„Inwieweit Krankenhäuser und andere stationäre gesundheitliche Angebote barrierefrei gestaltet sind, ist nicht bekannt“ konstatierte lapidar der zweite Teilhabebericht der Bundesregierung den Sachstand (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2016, S. 333). Es besteht ein Informations- und Forschungsdefizit. Dabei sind die Teilhabechancen von Menschen mit Behinderungen auch mit Barrierefreiheit im Krankenhauswesen verbunden, denn sie sind besonders auf die Gesundheitsversorgung angewiesen. Barrierefrei sind bauliche Anlagen nach § 4 Behindertengleichstellungsgesetz (BGG), *„wenn sie für Menschen mit Behinderungen in der allgemein üblichen Weise, ohne besondere Erschwernis und grundsätzlich ohne fremde Hilfe auffindbar, zugänglich und nutzbar sind.“* Barrierefreiheit stellt auf der einen Seite Anforderungen an die Krankenhäuser und das Personal. Auf der anderen Seite kann Barrierefreiheit dazu beitragen, die Versorgungsabläufe zu verbessern. Barrierefreie Umwelten reduzieren für Menschen mit Behinderungen Stress und Unfallgefahren. Außerdem kann die Compliance durch Überwindung von Kommunikationsbarrieren erhöht werden. Zur Verbesserung der Barrierefreiheit können bauliche, personelle und organisatorische Maßnahmen auf Organisations- und Systemebene getroffen und Zugangshindernisse zu Gesundheitseinrichtungen beseitigt werden.

Einen kontextorientierten Bezugsrahmen für Behinderung und Barrierefreiheit bietet das bio-psycho-soziale Modell und die darauf aufbauende Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation WHO (2017). Die ICF-Klassifikation nimmt Behinderung in ihrer gesellschaftlichen Konstruktion wahr und berücksichtigt die Umweltfaktoren, darunter speziell auch die *„Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Gesundheitswesens“* (WHO 2017).

¹ Dieser Beitrag wurde unter www.reha-recht.de als Fachbeitrag D14-2026 in der Kategorie D: Konzepte und Politik veröffentlicht; Zitiervorschlag: Holleder: Barrierefreie Krankenhäuser in Deutschland: zum Stand der Umsetzung; Beitrag D14-2026 unter www.reha-recht.de; 09.10.2026.

Bis dato gibt es nur wenige Studien über Barrierefreiheit in Krankenhäusern in Deutschland. Eine Ausnahme stellt die empirische Analyse von Hoher und Holleder (2026) dar. Allerdings stammt die Datengrundlage dieser Veröffentlichung von 2019. Es besteht eine Forschungslücke für die Zeit nach der COVID-19-Pandemie. Die nachfolgende Analyse untersucht daher den letztverfügbaren Stand der Selbstangaben von Krankenhäusern zu Aspekten der Barrierefreiheit in den Qualitätsberichten. Die gesetzlich vorgeschriebenen Qualitätsberichte informieren über die Struktur eines Krankenhauses, dessen Leistungsangebote und die Behandlungsergebnisse. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat die Aufgabe, auf der Grundlage von § 136b SGB V einen Beschluss über Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser zu fassen.

II. Methode

Im Zuge des Krankenhaustransparenzgesetzes in 2024 hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) gemeinsam mit dem Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) den „Bundes-Klinik-Atlas“ als Informationsangebot entwickelt. Er umfasst die Krankenhäuser in Deutschland, die nach § 108 SGB V zugelassen sind. Das Informationsangebot integriert in Kooperation mit dem G-BA die Daten zur Barrierefreiheit aus den Qualitätsberichten².

Für die Versorgungsforschung wurden Open Data des Bundes-Klinik-Atlas` mit den Selbstangaben zur Barrierefreiheit aus den Qualitätsberichten 2024 zur Verfügung gestellt.³ Die 1.577 Krankenhäuser im Bundes-Klinik-Atlas behandelten insgesamt 17.236.408 Fälle im Jahr 2024. Ein Krankenhaus kann mehrere Standorte besitzen.

III. Ergebnisse

Tabelle 1 informiert im Detail über die baulichen und organisatorischen Maßnahmen zur Barrierefreiheit, die in 37 Fragen nach Vorhandensein (Ja/Nein) bei den Krankenhäusern in 2024 erhoben und auf die 1.577 Krankenhäuser im Bundes-Klinik-Atlas bezogen wurden. Sie zeigt Auffälligkeiten in der Verteilung zwischen den Items und Zielgruppen. Die höchsten Durchführungsraten gab es bei Maßnahmen für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen in Bezug auf rollstuhlgerechte Zugänge und Räumlichkeiten (Abschnitt B). Einzelne Kriterien hierzu sind bei rund vier Fünftel der Krankenhäuser erfüllt (wie rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen, Aufzüge, Sanitäranlagen). Dagegen ist die Verbreitung von spezifischen Maßnahmen für Menschen mit Sehbehinderungen oder Blindheit (Abschnitt A) sowie bei Menschen mit Hörbehinderung oder Gehörlosigkeit (Abschnitt C) vergleichsweise gering.

² Vgl. unter bundes-klinik-atlas.de, zuletzt abgerufen am 07.10.2026.

³ Letzte Aktualisierung vom 21.04.2026; Download am 30.08.2026.

Die zunehmende Zahl an Patientinnen und Patienten mit Demenzerkrankung stellen besondere Herausforderungen in der Versorgung dar und gesundheitspolitisch werden Initiativen zum „Demenzsensiblen Krankenhaus“ unternommen. Nach Tabelle 1 (Abschnitt D) berichtet jedoch nur eine Minderheit der Krankenhäuser entsprechende bauliche und organisatorische Maßnahmen für Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung.

In der Mehrheit der Krankenhäuser werden für Patientinnen und Patienten mit Adipositas oder besonderen Körpermaßen passende Hilfsmittel, Geräte für Diagnostik und OP oder Ausstattung (wie geeignete Betten) vorgehalten (Abschnitt E).

Es ist bemerkenswert, dass Dolmetscherdienste in der Regel nicht im Gesundheitssystem refinanziert werden (können), aber die Krankenhäuser dennoch Fremdsprachlichkeit in der Krankenversorgung berücksichtigen (Abschnitt G). Rund zwei Drittel der Krankenhäuser ermöglichen Dolmetscherdienste und vier Fünftel Behandlungen durch fremdsprachiges Personal.

Besonders niedrig ist dagegen der Anteil der Krankenhäuser von rund einem Siebtel, die die Fragen nach Informationen zur Barrierefreiheit auf der Internetseite und eine barrierefreie Eigenpräsentation auf der Krankenhaushomepage bejahen (Abschnitt H).

Die Zahl der Maßnahmen zur Barrierefreiheit in Tabelle 1 addieren sich bei den 1.577 Krankenhäusern auf insgesamt 26.732 auf. Das entspricht im Mittel 17 Maßnahmen pro Krankenhaus und damit etwas weniger als die Hälfte der abgefragten 37 Maßnahmenarten.

Tabelle 1: Krankenhäuser in Deutschland nach vorhandenen Maßnahmen zur Barrierefreiheit in den Qualitätsberichten 2024 (N=1.577)

Aspekte der Barrierefreiheit (Nummer)	Häufigkeit („Ja“)	Prozent
<i>A) Bauliche und organisatorische Maßnahmen für Menschen mit Sehbehinderungen oder Blindheit</i>		
1. Kontrastreiche Beschriftungen in erhabener Profilschrift und/oder Blindenschrift/Brailleschrift (BF01)	148	9,4%
2. Aufzug mit Sprachansage und/oder Beschriftung in erhabener Profilschrift und/oder Blindenschrift/Brailleschrift (BF02)	695	44,1%
3. Tastbarer Gebäudeplan (BF03)	15	1,0%
4. Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung (BF04)	1052	66,7%
5. Leitsysteme und/oder personelle Unterstützung für sehbehinderte oder blinde Mensch (BF05)	488	30,9%
<i>B) Bauliche und organisatorische Maßnahmen für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen</i>		
6. Barrierefreie Erreichbarkeit für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen (BF33)	1038	65,8%

7. Barrierefreie Erschließung des Zugangs- und Eingangsbereichs für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen (BF34)	1036	65,7%
8. Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäranlagen (BF06)	1202	76,2%
9. Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen (BF08)	1349	85,5%
10. Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen) (BF09)	1349	85,5%
11. Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucherinnen und Besucher (BF10)	1366	86,6%
12. Besondere personelle Unterstützung (BF11)	873	55,4%
<i>C) Organisatorische Maßnahmen für Menschen mit Hörbehinderung oder Gehörlosigkeit</i>		
13. Ausstattung von Zimmern mit Signalanlagen und/oder visuellen Anzeigen (BF35)	407	25,8%
14. Ausstattung der Wartebereiche vor Behandlungsräumen mit einer visuellen Anzeige einer oder eines zur Behandlung aufgerufenen Patient(in) (BF36)	227	14,4%
15. Aufzug mit visueller Anzeige (BF37)	706	44,8%
16. Kommunikationshilfen (BF38)	305	19,3%
17. Übertragung von Informationen in leicht verständlicher, klarer Sprache (BF13)	382	24,2%
<i>D) Bauliche und organisatorische Maßnahmen für Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung</i>		
18. Arbeit mit Piktogrammen (BF14)	709	45,0%
19. Bauliche Maßnahmen für Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung (BF15)	452	28,7%
20. Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung (BF16)	687	43,6%
<i>E) Bauliche und organisatorische Maßnahmen für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße oder massiver körperlicher Beeinträchtigung</i>		
21. Geeignete Betten für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (BF17)	1137	72,1%
22. OP-Einrichtungen für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (BF18)	744	47,2%
23. Röntgeneinrichtungen für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (BF19)	623	39,5%
24. Untersuchungseinrichtungen/-geräte für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (BF20)	1007	63,9%
25. Hilfsgeräte zur Unterstützung bei der Pflege für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (BF21)	1018	64,6%
26. Hilfsmittel für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (BF22)	1020	64,7%

<i>F) Bauliche und organisatorische Maßnahmen für Patientinnen oder Patienten mit schweren Allergien</i>		
27. Allergenarme Zimmer (BF23)	317	20,1%
28. Diätische Angebote (BF24)	1365	86,6%
<i>G) Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit und Religionsausübung</i>		
29. Dolmetscherdienste (BF25)	1066	67,6%
30. Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal (BF26)	1266	80,3%
31. Mehrsprachiges Informationsmaterial über das Krankenhaus (BF29)	381	24,2%
32. Mehrsprachige Internetseite (BF30)	189	12,0%
33. Mehrsprachiges Orientierungssystem (Ausschilderung) (BF31)	66	4,2%
34. Räumlichkeiten zur religiösen und spirituellen Besinnung (BF32)	898	56,9%
<i>H) Organisatorische Rahmenbedingungen zur Barrierefreiheit</i>		
35. Informationen zur Barrierefreiheit auf der Internetseite des Krankenhauses (BF39)	251	15,9%
36. Barrierefreie Eigenpräsentation/Informationsdarbietung auf der Krankenhaushomepage (BF40)	222	14,1%
37. Barrierefreie Zugriffsmöglichkeiten auf Notrufsysteme (BF41)	676	42,9%

Datenquelle: Open Data des Bundes-Klinik-Atlas mit Informationen zur Barrierefreiheit aus den Qualitätsberichten 2024 (Aktualisierung vom 21.04.2026); Download am 30.8.2026; eigene Berechnungen.

IV. Diskussion

Stärken der Erhebungsmethode sind die hohe Rücklaufquote aufgrund der gesetzlichen Auskunftspflicht und die umfassende Abfrage zu vielen Aspekten der Barrierefreiheit. Eine Limitation liegt jedoch in den Selbstangaben, weil eine Antworttendenz in Richtung sozialer Erwünschtheit nicht auszuschließen ist. Die Deskription ermöglicht ein Benchmarking und zeigt Entwicklungspotenzial auf. Die vorliegenden Ergebnisse sind aus methodischen Gründen nur bedingt mit der früheren Analyse von Hoher und Hollederer (2026) vergleichbar, aber die Hauptergebnisse scheinen weitgehend übereinzustimmen. Im Zeitverlauf zeigen sich demnach leichte Fortschritte seit 2019. So hat sich beispielsweise die Informationsvermittlung zur Barrierefreiheit oder die barrierefreie Präsentation auf der Homepage der Krankenhäuser verbessert. Ebenso ist die Maßnahmenumsetzung für Menschen mit Sinnesbehinderungen im Bereich Sehen oder Hören gestiegen. In beiden Bereichen besteht aber in der Beteiligung weiterhin „viel Luft nach oben“.

Die Qualitätsberichte konzentrierten sich pragmatisch auf einfach abzufragende bauliche und organisatorische Maßnahmen, aber negieren Ausprägungsunterschiede. Personelle Maßnahmen, die die Interaktionen mit Menschen mit Behinderungen

beeinflussen, kommen zu kurz. Als Beispiele seien nur die Aufnahme- und Entlassprozeduren oder die Einschaltung der Krankenhaussozialdienste genannt. Die Gesundheitsversorgung von Menschen mit besonderen Bedürfnissen ist in der Regel personalintensiv. Interessant ist im Bundes-Klinik-Atlas deshalb auch die routinemäßige Ausweisung eines Pflegepersonalquotienten für alle Krankenhäuser, der Auskunft über die Zahl der Patientinnen und Patienten pro Pflegekraft unter Berücksichtigung der Fall-schwere erteilt.

Die Analyse gibt wichtige Hinweise für die Krankenhäuser, aber auch für die Gesundheitspolitik von Bund und Ländern, zum Beispiel in Verbindung mit Krankenhausbau und Modernisierungen. Die Ergebnisse sind auch für die Patientinnen und Patienten von großem Interesse. Die Qualitätsberichte der Krankenhäuser sind wenig bekannt und könnten stärker für die Auswahl von Krankenhäusern und Planung von Krankenhausaufenthalten genutzt werden. Die einzelnen Qualitätsberichte können nicht nur über die verschiedenen Krankenhaus-Vergleichsportale, sondern auch direkt bei der Referenzdatenbank des G-BA aufgerufen werden.⁴

In der Wissenschaftsperspektive besteht Bedarf für weitere Forschung und die Validierung der Erhebungsinstrumente. Für die Praxis ist ein eigenes bundesweites Zertifizierungsverfahren von Krankenhäusern empfohlen, das ein Gesamtergebnis zur Barrierefreiheit auf Index-Basis kommuniziert. Barrierefreiheit betrifft als Qualitätskriterium nicht nur die Strukturqualität im Krankenhaus, die in den Qualitätsberichten im Fokus steht, sondern auch die Prozess- und Ergebnisqualität. Idealerweise würde ein derartiger Ansatz über die Barrierefreiheit hinaus Aspekte der Inklusion im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention einschließen.

Literaturverzeichnis

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (2016) (Hg.). Zweiter Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. Dezember 2016, Bonn.

Hocher, R.; Hollederer, A. (2026). Wie barrierefrei sind deutsche Krankenhäuser? Eine Sekundärdatenanalyse der Strukturierten Qualitätsberichte 2019. Gesundheitswesen. DOI: 10.1055/a-2761-2117 (efirst).

World Health Organization (WHO) (2017). The international classification of functioning, disability and health. Geneva, Switzerland.

Ihre Meinung zu diesem Fachbeitrag ist von großem Interesse für uns.
Wir freuen uns auf Ihren Kommentar auf www.reha-recht.de.

⁴ Abrufbar unter qb-referenzdatenbank.g-ba.de/#/suche, zuletzt abgerufen am 07.10.2026.