

Punkten am besten ab, während Deutschland mit 704 Punkten auf dem gleichen Niveau wie Irland (13.) und Tschechien (15.) rangiert. Als deutliche Schwachstellen des Versorgungssystems nennt der Report für Deutschland unter anderem den geringen Umsetzungsgrad beim Einsatz von Instrumenten der E-Health, die auffällige Mortalitätsrate nach Herzinfarkt, den großen Anteil klinisch erbrachter Dialyseleistungen⁹ sowie die bedenklich hohe Zahl von MRSA-Infektionen. Als einen Grund für das alarmierende Ergebnis nennt der Bericht die große Anzahl sehr kleiner Allgemeinkrankenhäuser mit fehlender Spezialisierung in Deutschland (Health Consumer Powerhouse 2012: 6) – dies könnte auch ein Grund für das oben beschriebene mäßige Abschneiden bei Krebskrankungen sein¹⁰. Arne Björnberg¹¹ schlug bei der Vorstellung des Reports 2012 im Europäischen Parlament sogar vor, Deutschland zusammen mit Österreich, Ungarn und Italien auf die Überwachungsliste der EU zu setzen.

Auch wenn solche Resultate keinesfalls überbewertet werden sollten, legen sie aber den Verdacht nahe, dass das deutsche Gesundheitswesen bei der Qualität trotz vergleichsweise hoher Ausgaben keine Spitzenposition einnimmt. „Mittelmäßige Ergebnisse in Ländervergleichen gehen einher mit signifikanter Heterogenität in der Ergebnisqualität deutscher Leistungserbringer. Einerseits gibt es viele exzellente Leistungserbringer, andererseits bestehen, den Daten zufolge, zum Teil deutliche Verbesserungsmöglichkeiten bei den übrigen.“ (Porter und Guth 2012: 20)

In der Gesamtschau liegt der Fokus der deutschen Gesundheitsversorgung offensichtlich auf der Quantität, Qualitätsaspekte spielen eine untergeordnete Rolle. War dies in der Vergangenheit – vor allem für den Patienten – bereits problematisch, zeigen Projektionen in die Zukunft zunehmend auch die Grenzen der Finanzierbarkeit auf.

11.2 Sektor Krankenhaus

11.2.1 Das Leistungsproblem im Krankenhaus: viele Fälle

Internationale Vergleiche zeigen für Deutschland auch im Krankenhausbereich eine sehr hohe Angebotsdichte. Bei der Krankenhaushäufigkeit seiner Einwohner steht Deutschland in Europa – altersstandardisiert – hinter Österreich auf Platz 2 (vgl. Abbildung 11–7).

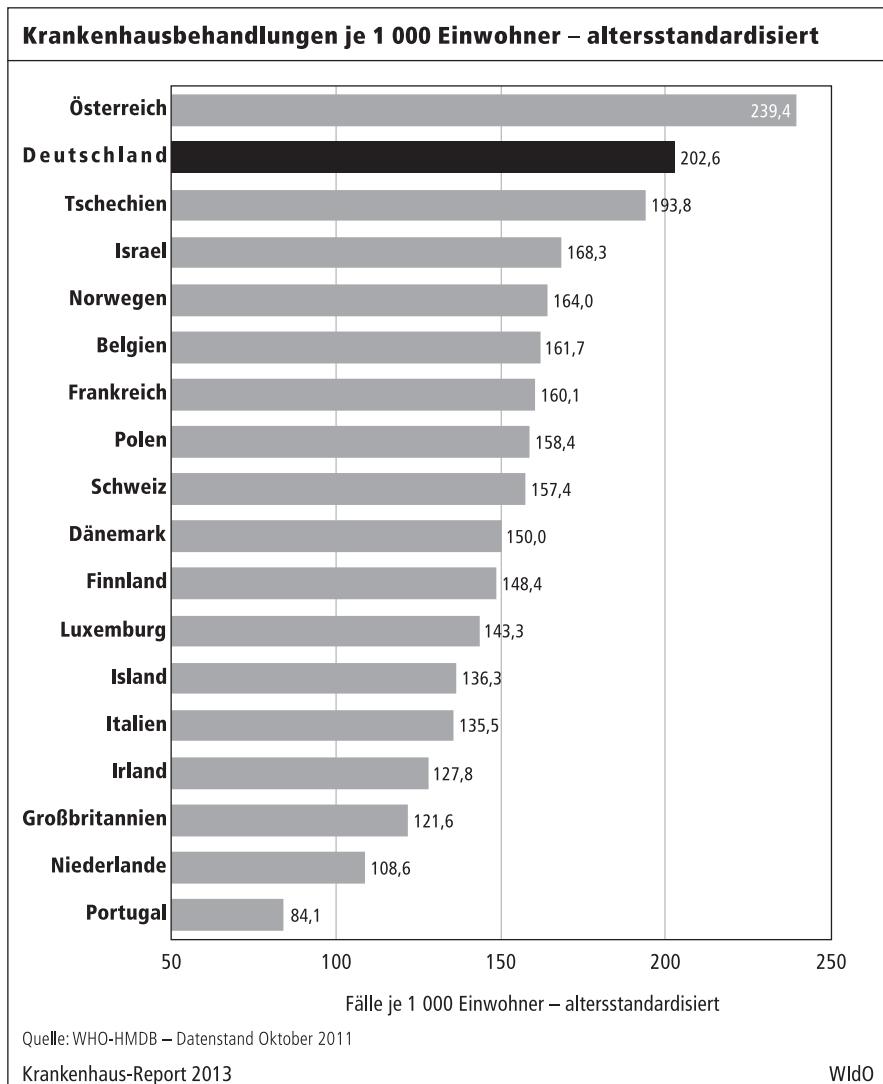
Was in anderen Ländern längst ambulant erbracht wird, wird hier noch immer stationär behandelt. Aufgrund des medizinischen Fortschritts eigentlich zu erwartende Verlagerungseffekte in die ambulante Versorgung finden nur sehr begrenzt statt. Notwendige Strukturveränderungen scheitern nicht zuletzt an fehlender Cou-

⁹ In Deutschland werden nur schätzungsweise 5 % aller Dialysefälle mit Heim-/Peritonealdialyse versorgt.

¹⁰ Im EHCI-Scoring ist in Deutschland die Ergebnisqualität der Krebsbehandlung (*cancer deaths relative to incidence*) anders als bei Porter und Guth und nach unserer Berechnung nicht auffällig.

¹¹ HCP-Geschäftsführer und Leiter der Studie.

Abbildung 11–7



rage der für die Krankenhausplanung Verantwortlichen. Entgegen der öffentlichen Wahrnehmung wurden in den vergangenen Jahren kaum Krankenhausstandorte aufgegeben. Der in der amtlichen Statistik ausgewiesene nominelle Rückgang der Anzahl von Krankenhäusern ist weitgehend durch Fusionen und nicht durch Betriebs-schließungen bedingt.

Sowohl bezüglich der Bettendichte als auch der Krankenhaus-Fallhäufigkeit liegt Deutschland weltweit in der Spitzengruppe. So war Deutschland 2008 beispielsweise bei den Herzkatheter-Untersuchungen, den koronaren Bypass-Operati-onen, der Implantation von Herzschrittmachern und beim Gelenkersatz an Hüfte und Knie „Weltmeister“ (vgl. Abbildungen 11–8 und 11–9).

Abbildung 11–8

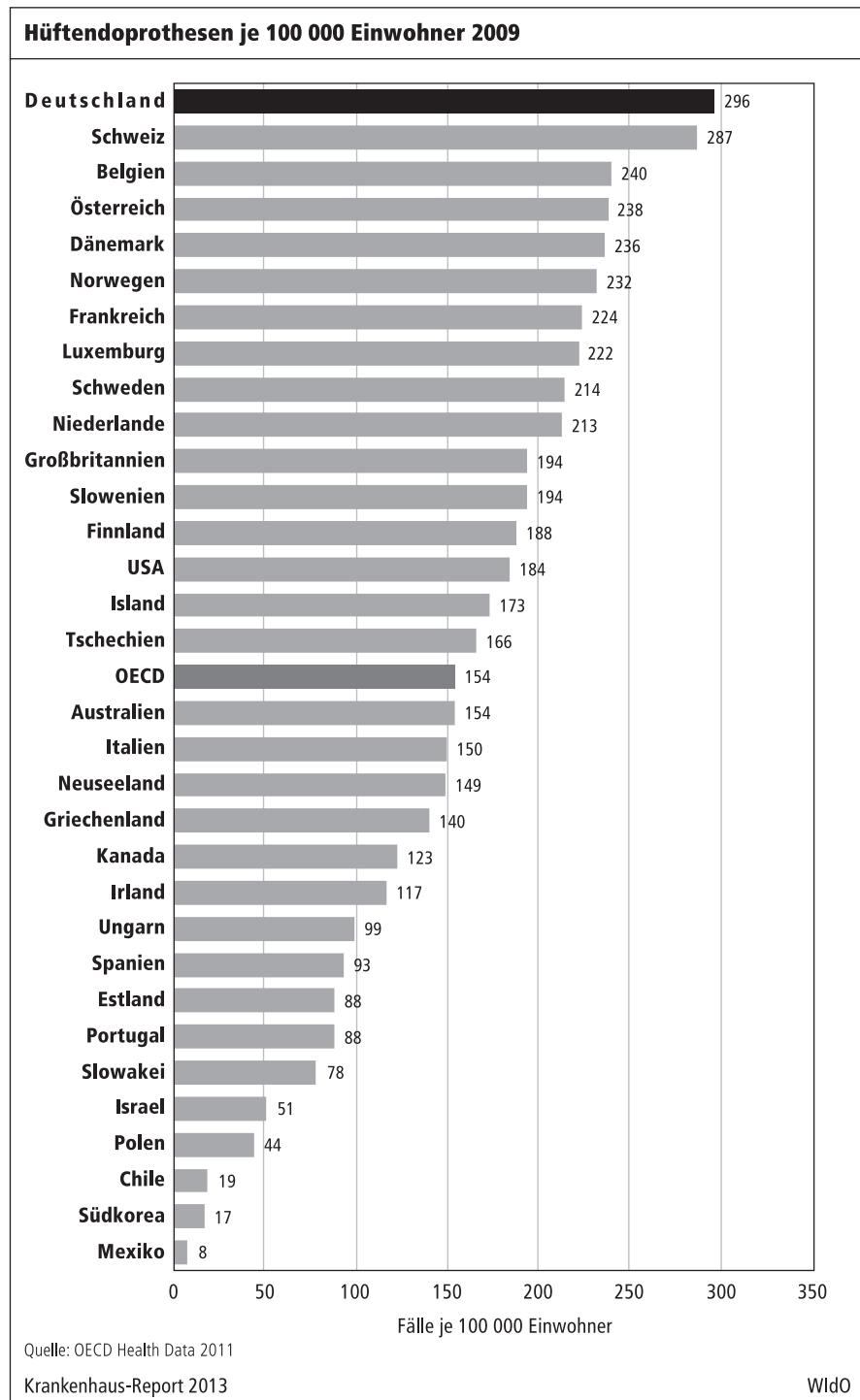


Abbildung 11–9

