



Qualitätstransparenz braucht einen großen Wurf

15 Jahre Public Reporting in Deutschland –
ein kritisches Resümee

Inhalt

1	Einleitung	3
2	Qualitätsberichterstattung in den einzelnen Sektoren – Bilanz	5
2.1	Arztpraxen	5
2.2	Krankenhäuser	8
2.3	Pflegeeinrichtungen	11
3	Public Reporting in Deutschland – ein kritisches Resümee	15
3.1	Hoher Aufwand – geringe Ausbeute	15
3.2	Patientenerfahrung bleibt ungenutzt	15
3.3	Routinedaten liegen als Ressource brach	16
3.4	Selbstblockade der Akteursstrukturen	17
3.5	Am Nutzerbedarf vorbei	18
3.6	Der Point of Need wird verfehlt	19
4	Neustart beim Public Reporting – Fazit und Ausblick	20
5	Literaturverzeichnis	22
	Impressum	23

Danksagung

Im Zuge der Erstellung dieser Bilanz haben die Autoren einige Expertinnen und Experten gebeten, den Textentwurf kritisch zu kommentieren. Für ihre konstruktiven und weiterführenden Anregungen bedanken wir uns herzlich bei:

Dr. Martin Danner,
Bundesarbeitsgemeinschaft SELBSTHILFE

Prof. Dr. Martin Emmert,
Universität Bayreuth

Prof. Dr. Max Geraedts,
Universität Marburg

Prof. Dr. Thorsten Kingreen,
Universität Regensburg

Thomas Moormann,
Verbraucherzentrale Bundesverband

Fabian Müller-Zetzsche,
Sozialverband Deutschland

Cornelia Prüfer-Storcks,
Gesundheitssenatorin a.D.

Prof. Dr. Doris Schaeffer,
Universität Bielefeld

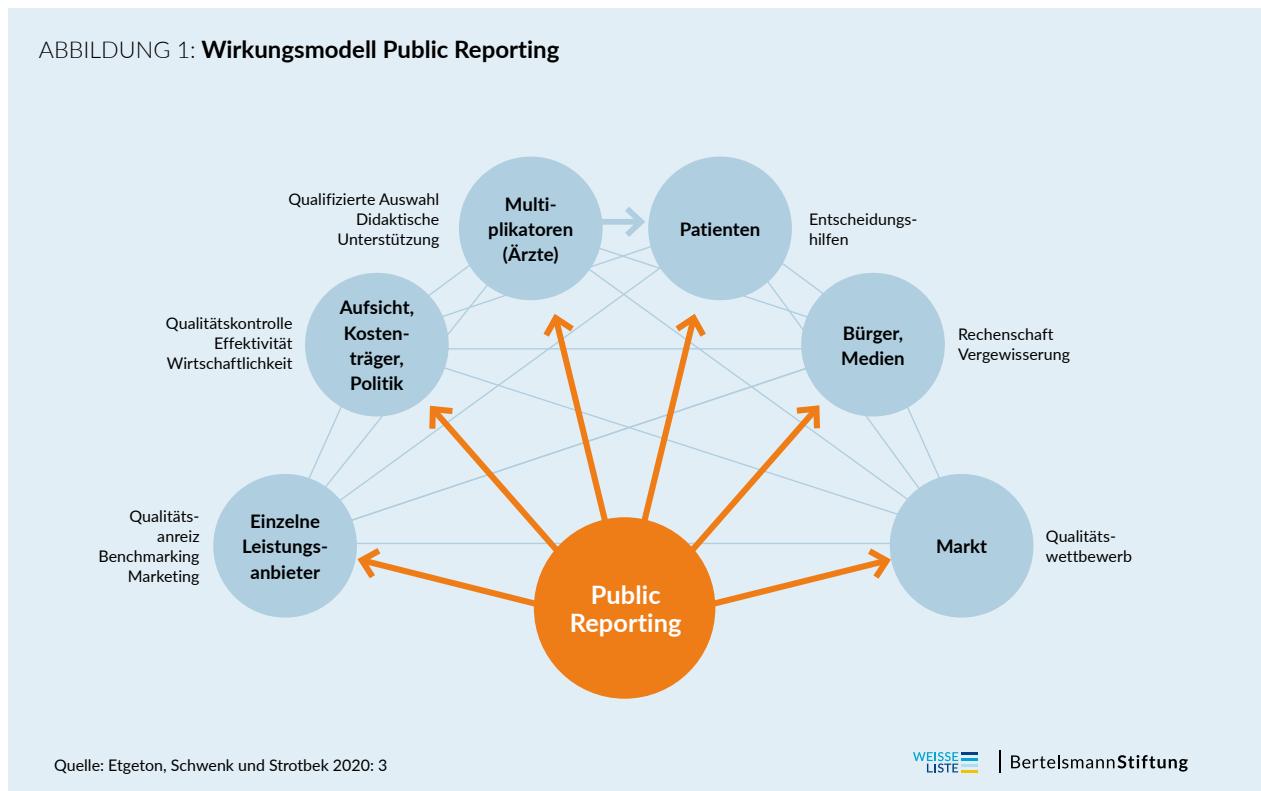
Prof. Dr. Jonas Schreyögg,
Universität Hamburg

1 Einleitung

Im Jahr 2005 wurden die Krankenhäuser in Deutschland verpflichtet, strukturierte Qualitätsberichte zu erstellen, um diese spätestens bis Ende Oktober 2007 und danach regelmäßig zu veröffentlichen. Damit begann der stationäre Sektor als erster im deutschen Gesundheitswesen mit einem Verfahren der kontinuierlichen strukturierten Qualitätsberichterstattung. Es folgten ab dem Jahr 2008 die Transparenzberichte der Pflegeheime und ambulanten Pflegedienste. Über die Qualität von niedergelassenen Arztpraxen gibt es bis heute keine derartig strukturierte Berichterstattung. Angesichts der zunehmenden Ambulantisierung stationärer Leistungen entwickelt sich dieses sektorale Ungleichgewicht bei Qualitäts- sicherung und -transparenz zu einem immer gravierenderen Problem.

Als Initiatorin des Transparenzportals „Weisse Liste“ hat die Bertelsmann Stiftung die Entwicklung des Public Reporting in Deutschland nicht nur theoretisch und konzeptionell begleitet, sondern im Schulterschluss mit den großen Patienten- und Verbraucherorganisationen auch praktisch vorangetrieben. In mehreren Publikationen wurde die Notwendigkeit und die Wirkweise von Public Reporting dargelegt (Etgeton, Schwenk und Strotbek 2021). Dabei zeigte sich, dass die öffentliche Berichterstattung über die Qualität von Leistungserbringern im Gesundheitswesen deren Bemühungen um Qualitätssicherung und -verbesserung einen besonderen Nachdruck und so eine höhere Wirkung verleiht. Einerseits hat Public Reporting Einfluss auf die Auswahlentscheidungen der Patientinnen und Patienten

ABBILDUNG 1: Wirkungsmodell Public Reporting



und unterstützt somit eine qualitätsorientierte Auswahl. Andererseits setzt allein schon die Veröffentlichung vorhandener Qualitätsunterschiede Impulse für eine Verbesserung der Versorgung. Abgesehen von den positiven Effekten unterliegen Leistungserbringer im Gesundheitswesen nach Einschätzung einer übergroßen Mehrheit der Bevölkerung überdies einer allgemeinen Rechenschaftspflicht. Es gibt also vielfältige (s. Abbildung 1), nicht nur versorgungspolitische, sondern auch normative Gründe, die eine systematische Qualitätsberichterstattung im Gesundheitswesen als durchaus geboten erscheinen lassen.

Vor diesem Projekthintergrund nehmen wir den Start der offiziellen Qualitätsberichterstattung vor ca. 15 Jahren zum Anlass, um eine Bilanz des Public Reporting in Deutschland zu ziehen. Wo steht die Qualitätsberichterstattung in den drei genannten Sektoren (ambulant, stationär, Pflege)? Welche sektorübergreifenden Anforderungen haben sich herausgebildet? Hat sich in dieser Zeit im deutschen Gesundheitswesen eine nachhaltige Transparenzkultur entwickelt? Wo liegen Mängel und Defizite des bestehenden Systems der Qualitätsberichterstattung und Patienteninformation? Wir haben dazu unsere Erfahrungen und Einschätzungen in dem vorliegenden Dokument zusammengefasst und sie in einer Runde von Expertinnen und Experten zur Diskussion gestellt.

Um es vorwegzunehmen: Die Bilanz ist eher ernüchternd – es gibt zu viel, was von geringer Nutzerrelevanz ist, und zu wenig Information, die sich am Patientenbedarf ausrichtet. Von einer umfassenden Transparenzkultur kann keine Rede sein, in manchen Bereichen ist wenig passiert, in anderen steuern die zum Teil hoch aufwendigen Prozesse zunehmend in eine Sackgasse. Häufig fehlen die aus Sicht des Public Reporting geeigneten Daten oder sie werden, falls vorhanden, unzureichend aufbereitet; sie geben zu wenig Orientierung und sind oftmals nicht dort zur Hand, wo sie benötigt werden. Darüber hinaus stehen wichtige Informationen unter Kuratel von Dateneignern, die so ihre institutionellen Partikularinteressen zementieren. Diese Kritik zielt keineswegs darauf, die bisherigen Bemühungen um Qualitätstransparenz in Deutschland

als vergeblich oder gar sinnlos darzustellen, als könne man darauf in Zukunft verzichten. Vielmehr zeigen zahlreiche Studien, dass Public Reporting durchaus positive Effekte mit Blick auf die Qualität der Versorgung und die Auswahlentscheidungen der Patientinnen und Patienten hat (Prang et al. 2021); zudem verfügen die Informationsvermittler mittlerweile über vielfältige methodische Erfahrungen. Zugleich stehen bessere digitale Voraussetzungen – etwa eine digitale Patientenakte und Forschungsdatenbanken – für eine effiziente und zielorientierte Qualitätsberichterstattung vor der Tür. Intention dieser Bilanz ist es daher, die Qualitätsberichterstattung weiterzuentwickeln und wesentlich verbindlicher auszustalten.

Aus unserer Sicht fehlt der Qualitätsberichterstattung in Deutschland eine übergeordnete strategische Perspektive, aus der heraus die Transparenzbemühungen – innerhalb und jenseits der Sektoren – vom Ende her gedacht und zielgerichtet strukturiert werden. Ein solcher „großer Wurf“ müsste die Informationsbedürfnisse der Patientinnen und Patienten ins Zentrum aller Anstrengungen stellen und von dorther fragen, welche bereits vorhandenen Daten zur Erfüllung dieses Informationsziels genutzt und welche darüber hinaus neu erhoben werden müssten. Im Sinne einer konsequenten Nutzerorientierung ist ein **Neustart beim Public Reporting** nötig, der durch die vorliegende Expertise angeregt werden soll. Darin werden zunächst die Entwicklung, der Status quo und das Potenzial in den jeweiligen Sektoren¹ rekapituliert (Kapitel 2), um dann in einer sektorübergreifenden Bilanz die aus unserer Sicht wesentlichen Defizite der Qualitätsberichterstattung in Deutschland thesenhaft zusammenzufassen (Kapitel 3). Am Ende steht als Ausblick eine To-do-Liste für den Neustart in Sachen Public Reporting (Kapitel 4).

¹ Der Bereich der Rehabilitation, über den sowohl bei der Kranken- wie bei der Rentenversicherung zum Teil gute Daten vorliegen, wird in dieser Bilanz nicht berücksichtigt, weil hier keine spezifische Expertise der Autoren vorliegt. Gemäß § 15 Abs. 9 Nr. 4 SGB VI hat die Deutsche Rentenversicherung bis zum 30. Juni 2023 Inhalt und Umfang der Daten einer externen Qualitätssicherung von Rehabilitationseinrichtungen sowie die Form ihrer Veröffentlichung verbindlich festzulegen. Geplant ist offenbar, ein einheitliches Qualitätsportal für diese Qualitätssicherungsdaten einzurichten.

2 Qualitätsberichterstattung in den einzelnen Sektoren – Bilanz

2.1 Arztpraxen

Der Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung zeichnet sich in Deutschland dadurch aus, dass hier das Informationsbedürfnis der Patientinnen und Patienten auf der einen und die Transparenz von Leistung und Qualität auf der anderen Seite am deutlichsten auseinanderklaffen. Das mag damit zusammenhängen, dass Qualitätsinformationen sich hier nicht nur auf Institutionen und ihre Leistungen, sondern auch Personen beziehen, auf ihre persönliche Qualifikation, ihre Kommunikationsfähigkeit und ihre medizinische Kompetenz. Es geht also nicht nur um die Strukturen und Prozesse, also die Leistung einer Gesundheitseinrichtung (Praxis, Praxisgemeinschaft, Medizinisches Versorgungszentrum usw.), sondern auch um die

Qualifikation und praktische Erfahrung des darin tätigen Personals (Ärztinnen und Ärzte, medizinische Fachangestellte usw.). Neben den Qualifikationsanforderungen bis hin zur Fortbildung sind dabei die kommunikativen Kompetenzen von besonderer Bedeutung, die sich ohne Befragungen der Patientinnen und Patienten kaum darstellen lassen. Daten aus einer systematischen externen Qualitätssicherung – wie sie seit 2005 im stationären Bereich eingeführt wurde – existieren im ambulanten Bereich nicht.

Anders als in anderen Ländern (s. Abbildung 2) stehen Routinedaten für das Public Reporting im Sinne einer allgemeinen Datenverfügbarkeit derzeit praktisch nicht zur Verfügung (Albrecht und Ochmann 2018). Eine Transparenz- und Open-Data-Kultur gibt es im

ABBILDUNG 2: Ländervergleich

In Deutschland gibt es anders als in England, den USA und den Niederlanden keine zentrale Stelle, die alle Qualitätsdaten aus der ambulanten Versorgung sammelt und für das Public Reporting zur Verfügung stellt. Auch die dafür notwendige Open-Data-Strategie fehlt.

Daten	Deutschland			England			USA	
	prinzipiell vorhanden	öffentlich im Internet	Datensatz verwertbar	öffentlich im Internet	Datensatz verwertbar	öffentlich im Internet	Datensatz verwertbar	
Stammdaten	+	+	-	+	++	+	+	
Qualifikation, Schwerpunkte	+	+	-	+	++	+	+	
Abrechnungsdaten	+	-	-	+	++	+	+	
Fallzahlen	+	-	-	+	++	+	+	
Prozessqualität*	+	-	-	+	++	+	+	
Ergebnisqualität*	+	-	-	+	++	+	+	
Patientenbefragungen	+	+	-	+	++	+	+	

* Zumindest für einzelne Aspekte bzw. Leistungsbereiche der Behandlung

** Eine freie Verwertung von Daten ist vereinzelt möglich

Quelle: Etgeton und Weigand 2018: 3

ambulanten Bereich noch weniger als in den anderen Sektoren (Stjepanovic und Etgeton 2018). Die zweifels-ohne vorhandenen Qualitätsunterschiede bei Arztpraxen bleiben somit weitgehend unausgeleuchtet.

So kommt die Erschließung der an sich guten ambulanten Routinedaten für die Qualitätsberichterstattung in Deutschland, wenn überhaupt, nur zögerlich voran (Etgeton und Strotbek 2020). Zwar sieht § 136a Abs. 6 SGB V vor, dass der Gemeinsame Bundesausschuss bis Ende 2022 „einheitliche Anforderungen für die Information der Öffentlichkeit zum Zweck der Erhöhung der Transparenz und der Qualität der Versorgung durch einrichtungsbezogene risikoadjustierte Vergleiche der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer“ festlegt. Ob und wie diese Anforderung in der entsprechenden Richtlinie umgesetzt wird und inwieweit dies die Qualitätstransparenz der ambulanten medizinischen Versorgung verbessert, kann derzeit abschließend jedoch nicht beurteilt werden.

Eine erste Basis für eine ambulante Qualitätsberichterstattung könnten Informationen zu Qualifikationen und Leistungsangeboten darstellen, die arztbezogen im Bundesarztregister enthalten sind. Es wird von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) geführt und enthält zu jedem der rund 172.000 Vertragsärzten bzw. Vertragspsychotherapeuten etwa 60 Angaben. Davon werden 14 auf gesetzlicher Grundlage (§ 293 Abs. 4 SGB V) von der KBV an die gesetzlichen Krankenkassen weitergeleitet; diese wiederum dürfen die Daten nur zur Erfüllung ihrer Aufgaben, besonders zur Gewährleistung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung, nutzen. Eine Verwendung dieser Daten im Rahmen der Qualitätsberichterstattung ist bisher nicht vorgesehen, sodass entsprechende Transparenzanbieter – und dazu gehören auch die gesetzlichen Krankenkassen – die Basisstammdaten über Arztpraxen nicht nutzen können, sondern von kommerziellen Datendienstleistern käuflich erwerben müssen. Die Verlässlichkeit und Aktualität von offiziellen, verbindlich geregelten Datenquellen sind dabei erfahrungs- gemäß höher als die kommerzieller Datendienstleister, die auf eigene Recherchen angewiesen sind.

Ein Gutachten im Auftrag der Bertelsmann Stiftung schlägt vor, von den 14 sogenannten Stammdaten elf als offenen Datensatz auch für die Qualitätsberichterstattung freizugeben. Dabei handelt es sich im Wesentlichen um Namen, Arztnummer, Praxisadresse und Fachrichtung. Außerdem sollten weitere im Bundesarztregister bereits enthaltene oder noch zu ergänzende qualitätsbezogene Arztdaten veröffentlicht werden: Schwerpunktkompetenzen der Ärztinnen und Ärzte (z.B. Gynäkologische Onkologie, Kinderradiologie), Qualifikationen für besondere Leistungen (z.B. Hautkrebs-Screening) und Teilnahme an Disease-Management-Programmen (z.B. DMP Asthma bronchiale), Fremdsprachenkenntnisse, Angaben zur Barrierefreiheit der Praxis sowie Art und Umfang der Sprechzeiten (Reuter 2020).

Aufsetzend auf den Registerdaten könnten, soweit vorhanden, weitere Informationen über die Qualität des ärztlichen Leistungsangebots und der Leistungserbringung ergänzt werden.

Die einzige im weitesten Sinn qualitätsbezogene Datenerfassung findet bei niedergelassenen Arztpraxen dann statt, wenn sie genehmigungspflichtige Leistungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V erbringen. Die Transparenz darüber ist jedoch insofern lückenhaft, als nur einige Kassenärztliche Vereinigungen auf ihren Arztsuchen überhaupt darüber informieren, und dies nur auf Grundlage einer individuellen Einwilligung der jeweils betroffenen Ärztin bzw. des Arztes. Da die Verfügbarkeit dieser für die Auswahlentscheidung der Patientinnen und Patienten durchaus relevanten Informationen damit praktisch ins Belieben der Leistungserbringer bzw. ihrer Standesorganisationen gestellt wird, kann hier von einem Public Reporting im eigentlichen Sinn nicht die Rede sein. Eine solche umfassende Qualitätsberichterstattung könnte neben den genannten Datenquellen (Bundesarztregister, Abrechnungsdaten zu qualitätsgesicherten Leistungen) auch weitere aus dem Abrechnungsgeschehen erschließbare Informationen enthalten (s. Abbildung 3).

Mit der Schaffung des Nationalen Gesundheitsportals (NGP) und seiner gesetzlichen Verankerung (§ 395 SGB V) hat jüngst der Gesetzgeber einen ersten Schritt

ABBILDUNG 3: Nutzung der Daten für das Public Reporting

Datenbereich	Dateninhalt	Datennutzung	Funktion für Public Reporting
Bundesarztreger (§ 293 Abs. 4 SGB V)	Stammdaten (Name, Fachgebiet, Adresse usw.)	Ohne Nutzung von Patientendaten	Eindeutige Identifizierung des Leistungserbringers
Ergänzung des Registers (s.o.)	Daten über besondere Leistungsmerkmale (Schwerpunkte, qualitäts-sichernde Leistungen usw.)	Ohne Nutzung von Patientendaten	Darüber hinaus: ➤ Darstellung des Leistungsspektrums des Leistungserbringers
Abrechnungsdaten (§ 295 Abs. 2 SGB V – ohne Versichertenbezug)	Art und Anzahl der erbrachten Leistungen	Ohne Nutzung von Patientendaten	Darüber hinaus: ➤ Darstellung der konkreten Leistungsschwerpunkte sowie Erfahrung mit bestimmten Behandlungen
Abrechnungsdaten (§ 295 Abs. 2 SGB V – mit Versichertenbezug)	Art und Anzahl der erbrachten Leistungen mit Bezug zu Eigenschaften der (pseudonymisierten) Patienten inkl. einer fallweisen Verknüpfung mit anderen Leistungserbringern	Mit pseudonymisierten Patientendaten	Darüber hinaus: ➤ Möglichkeit der Risikoadjustierung bei Aussagen zur Ergebnisqualität Erfahrung mit bestimmten Patientengruppen (Säuglinge, Hochbetagte) ➤ Nachverfolgung der Qualität von anbieter- bzw. sektorübergreifenden Behandlungsverläufen

Quelle: eigene Darstellung

WEISSE LISTE | BertelsmannStiftung

hin zu mehr Transparenz in der ambulanten Versorgung unternommen. So werden die Kassenärztlichen Vereinigungen nun verpflichtet, die für Nutzersuchanfragen „relevanten arztbezogenen Informationen an das Nationale Gesundheitsportal zu übermitteln“, um die Ergebnisse dann auf dem NGP darzustellen. Der angeforderte Datensatz deckt sich dabei weitgehend mit den oben skizzierten Informationsbeständen über die Ärztinnen und Ärzte:

- Vor- und Zunamen sowie akademischer Grad,
- Adresse, Telefonnummer und E-Mail-Adresse der Praxis oder der an der Versorgung teilnehmenden Einrichtung,
- Fachgebiete-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen,
- Sprechstundenzeiten,
- Zugangsmöglichkeit von Menschen mit Behinderung (Barrierefreiheit) zu der vertragsärztlichen Praxis oder der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Einrichtung sowie
- Vorliegen von Abrechnungsgenehmigungen für besonders qualitätsgesicherte Leistungsbereiche in der vertragsärztlichen Versorgung.

Die im Gesetz vorgesehene Verwendung dieser Daten allein im Zuge der Nutzereinzelabfrage beschneidet jedoch die Verfügungskompetenz des NGP und schränkt

die Optionen zur Verarbeitung dieser Daten deutlich ein. Zugriffs- und Nutzungsrechte Dritter, wie sie bei der Vermittlung von telemedizinischen Angeboten vorgesehen sind (§ 370a SGB V), aber auch im Krankenhaus- oder Pflegesektor etabliert sind, werden hier nicht eröffnet. Damit verbleiben die Daten faktisch im Hoheitsbereich der Kassenärztlichen Vereinigungen und gehen gerade nicht in einen allgemein nutzbaren Datenbestand über. Was zunächst wie Open Data aussieht, entpuppt sich bei näherem Hinsehen dann doch als Closed Shop.

Neben Routinedaten und Erkenntnissen aus der Genehmigung qualitätsgesicherter Leistungen (vor allem in der fachärztlichen Praxis) kämen im ambulanten Bereich auch Patientenbefragungen als Informationsquelle in Betracht, weil sie insbesondere die kommunikativen Aspekte des ärztlichen Handelns am besten abbilden und so einen Beitrag zur Verbesserung der Behandlung (Emmert, Meszmer und Sander 2016) und Erhöhung der Patientensicherheit (Geraedts et al. 2020) leisten können. Allerdings ist der ambitionierte Ansatz der Weissen Liste für eine systematische und qualitativ hochwertige Erfassung des Erfahrungswissens der Patientinnen und Patienten über ihre Online-Arzt Suche in den vergangenen Jahren gescheitert. Zum einen wirkten die für den Manipulations-schutz notwendigen Anforderungen bei der Eingabe von Patientenrückmeldungen als Hürde für auskunftswillige

Qualitätsberichterstattung über Arztpraxen

Governance

- Keine institutionell von den Akteuren unabhängige Verortung des Themas „Qualitätstransparenz“ und von daher auch keine Patientenbeteiligung
- Kein zentrales Datenmanagement zu ambulanten Daten unabhängig von Kassenärztlichen Vereinigungen oder Krankenkassen

Externe Qualitätssicherung / Qualitätstransparenz

- Stichprobenhafte Qualitätsprüfungen zu ausgesuchten Leistungsbereichen
- Qualitätsanforderungen an genehmigungspflichtige Leistungen
- Keine verbindlichen Regelungen (vergleichbar zum stationären Bereich)
- Keine systematischen externen Qualitätsprüfungen

Datenzugang

- Kein offener Zugang zu Stammdaten
- Kein Zugang zu arzt- oder praxisbezogenen Daten der Qualitätssicherung
- Kein Zugang zu Routinedaten (außer für das Nationale Gesundheitsportal)

Patientenerfahrung / -befragungen

- Strukturierte Patientenbefragung der Weissen Liste wurde eingestellt
- Frageinstrumenten und Befragungsmethoden der kommerziellen Anbieter im Feld sind unsystematisch und nicht vergleichbar, daher unbrauchbar für die Qualitätsberichterstattung

Vorgaben zur Darstellung

- In Ermangelung offizieller Qualitätsberichte oder eines konsolidierten Datensatzes zum Leistungsangebot von Arztpraxen existiert naturgemäß auch kein Darstellungskonzept

Faktische Informationsquellen

- Arztsuchen der Kassenärztlichen Vereinigungen und Kammern mit jeweils unterschiedlichem Informationsgehalt
- Dominanz erlösorientierter Anbieter (Google, Jameda, Stiftung Gesundheit)

Patientinnen und Patienten. Zum anderen fehlte in der Ärzteschaft, aber auf längere Sicht auch bei den Krankenkassen die Motivation, Versicherte zur Abgabe von Bewertungen kontinuierlich anzuhalten. Um dem entgegenzuwirken, hätte es seitens des Gesetzgebers eines klaren ordnungspolitischen Impulses für die systematische Einbeziehung von Patientenerfahrungen in die Qualitätsberichterstattung bedurft, der, abgesehen von allgemeinen Willensbekundungen (GMK 2018), aber ausblieb. Gleichwohl findet Arztbewertung im Netz statt (Emmert und Meszmer 2018). Marktbeherrschend sind allerdings derzeit kommerzielle Bewertungsportale bzw. Suchmaschinen, bei deren Geschäftsmodellen die sachliche Patienteninformation mit sachfremden betriebswirtschaftlichen Erwägungen konkurriert. Die unterschiedlichen Befragungen sind in ihren Ergebnissen kaum vergleichbar und daher für eine systematische Qualitätsberichterstattung ungeeignet.

2.2 Krankenhäuser

Die stationäre Akutversorgung kann im Hinblick auf Qualitätstransparenz, Public Reporting und den offenen Umgang mit Qualitätsdaten durchaus als Vorreiter gelten, weil hier zuerst versucht wurde, Daten zu Qualitätsunterschieden zu erheben und vergleichend darzustellen. Allerdings wird kritisiert, dass die Akteure der Qualitätssicherung in Deutschland bei der Auswahl der jeweiligen Indikatoren selten auf internationale Vorbilder (z.B. Agency for Healthcare Research and Quality, AHRQ) zurückgreifen. Während also die Qualität der Qualitätsdaten – sowohl was ihren Umfang als auch was die datentechnische Aufbereitung betrifft – selbst als durchaus verbesserungsbedürftig erscheint, ist der Umgang der Institutionen mit diesen Daten mit Blick auf Zugang und Verfügbarkeit vorbildlich. 2007 wurden die ersten Qualitätsberichte der Krankenhäuser veröffentlicht – damals noch im PDF-Format. Einige Jahre später wurden die Daten aus den strukturierten Qualitätsberichten in digital verarbeitbarer Form den Akteuren der Gemeinsamen Selbstverwaltung zur Verfügung gestellt. Auf Initiative der Patientenorganisationen im Gemeinsamen Bundesausschuss sind sie heute nach einer Registrierung für jedermann, ohne Zweckbindung und Einschränkung der Nutzungs- oder Veröffentlichungsmöglichkeiten, digital abrufbar. Allerdings hat sich dieses liberale, datenoffene Verfahren für die anderen Sektoren noch nicht als Standard durchgesetzt.

Die Qualitätsberichte geben Auskunft über die Qualifikation und Ausstattung (personell, apparativ), die Leistungen (Fallzahlen, Fachabteilungen) und – soweit vorhanden – die Ergebnisse der externen Qualitäts sicherung. Hinzu kommen diverse Strukturmerkmale, etwa zur Barrierefreiheit. Dabei kommt es bei der Aktualisierung der Daten auf dem Weg zur öffentlichen Darstellung zu erheblichen Verzögerungen; die Bericht erstattung bildet lediglich den Stand ab, der vor über einem Jahr aktuell war. Gesteuert wird der Prozess seit 2015 vom Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) und der Gemeinsamen Selbstverwaltung. Auf diese Weise spielen Interessen der Akteure immer wieder in die Ausgestaltung

der Qualitätsberichterstattung hinein und können Initiativen, die zu mehr oder besserer Qualitätstransparenz führen sollen, in ihrem Sinne beeinflussen, verzögern oder hintertreiben.

Das eigentliche Herz der stationären Qualitätsberichterstattung sind die Ergebnisse der sogenannten externen Qualitätssicherung (eQS) gemäß § 136 SGB V. Die Leistungsbereiche, zu denen stationäre Qualitätssicherungsdaten erfasst und Qualitätsindikatoren ausgewertet werden, legt der Gemeinsame Bundesausschuss fest. Er entscheidet auch darüber, welche der Ergebnisse in die Qualitätsberichte der Krankenhäuser einfließen. Dabei ist die Kritik am Verfahren und dem damit verbundenen Aufwand, an Qualität und Validität der erhobenen Daten sowie ihrer Aussagekraft für die Patientinnen und Patienten seit dem Beginn der eQS nicht verstummt.

Bemängelt werden die fehlende oder unzureichende Risiko-adjustierung der Ergebnisbefunde, aber auch die Tatsache, dass es sich – anders als der Begriff „externe Qualitätssicherung“ suggeriert – im Wesentlichen um selbstberichtete Daten der Kliniken handelt. Stichprobenhafte Datenabgleiche der eQS-Dokumentationen mit den jeweiligen Krankenakten ergaben Abweichungen, sodass „sich die Datensätze signifikant unterscheiden und insbesondere Komplikationen in den eQS-Daten unterdokumentiert vorkamen. ... Diese Ergebnisse lassen Zweifel an der Effizienz des Verfahrens aufkommen“ (Geraedts und Cruppé 2022: 6). Auch die Auswertung der allerdings spärlichen internationalen Literatur zu den Qualitäts- und Versorgungseffekten der stationären Qualitäts erfassung und -berichterstattung kommt zu dem ernüchternden Ergebnis, „dass im positiven Fall höchstens geringe Effekte zu erwarten sind“ (a.a.O.: 3).

Ein weiteres Manko der gesetzlichen Qualitätsberichterstattung zeigt sich bei der Frage, ob ihre Ergebnisse bei den eigentlichen Adressaten ankommen und einen wesentlichen Einfluss auf die Entscheidungsfindung ausüben. „Studien zur Wirkung der Qualitätsberichte in Deutschland ... ergeben ein insgesamt ernüchterndes Bild. Demnach kennen die meisten Patienten die Berichte kaum, nutzen diese nicht und zeigen, wenn man sie mit den Berichten konfrontiert, Verständnisprobleme. Ähnlich sieht es bei niedergelassenen, ein- und

überweisenden Ärzten aus; auch diese kennen und nutzen die Qualitätsberichte der Krankenhäuser nur in geringem Umfang. Die Krankenhäuser selbst scheinen die Berichte hingegen zu beachten“ (a.a.O.: 6).

Obwohl die Kritik an Qualität, Verlässlichkeit und Nützlichkeit der „externen“ stationären Qualitätssicherung in vielerlei Hinsicht gut begründet zu sein scheint, sind doch die Qualitätsberichte der Krankenhäuser – dabei vor allem auch der Teil zur Strukturqualität – das Beste, was die offizielle Qualitätsberichterstattung – im Wesentlichen getragen von der Gemeinsamen Selbstverwaltung – derzeit zu bieten hat. Der vom IQTIG entwickelte „QS-Filter“ ermöglicht für einige Leistungsbereiche die automatische Erfassung von Qualitäts- aus Routinedaten, sodass hier die Prozesse verschlankt und überdies gegen Fehler gesichert werden können. Wesentliche Informationen, die für die Wahl eines Krankenhauses relevant sein können, sind in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser verfügbar (Kolb et al. 2018). Alle anderen Sektoren (ambulante Versorgung und Pflege) bleiben, was Datenumfang, -qualität und -verfügbarkeit betrifft, dahinter zurück.

Allerdings gibt es auch jenseits der gesetzlich geregelten Verfahren Initiativen, die ergänzend neue Wege in der Qualitätssicherung und -transparenz einschlagen und einen Mehrwert zur offiziellen Qualitätsberichterstattung darstellen. Obwohl sie dem internationalen Standard der Qualitätssicherung und -berichterstattung eher entsprechen als die derzeitige offizielle Qualitätsberichterstattung, sind sie bisher in deren Verfahren nicht eingeflossen:

Qualitätssicherung mit Routinedaten (QSR) – Zusätzlich zu den in den Qualitätsberichten verfügbaren Informationen bietet der AOK-Bundesverband auf seiner Plattform für einige Indikationen Ergebnisse der Qualitätssicherung mit AOK-Routinedaten an. Diese Methode wurde zunächst (2002 bis 2007) vom Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIIdO) erprobt und danach fortlaufend weiterentwickelt (<https://www.qualitaetssicherung-mit-routinedaten.de/>). Seit etwa zehn Jahren werden sukzessive weitere Leistungsbereiche in das OSR-Verfahren übernommen; etliche der mittlerweile

Qualitätsberichterstattung über Krankenhäuser

Governance

- Der Gesetzgeber legt die Verpflichtung zu Qualitätssicherung und -berichterstattung fest und ermächtigt die Gemeinsame Selbstverwaltung – somit ist eine Patientenbeteiligung (Beratungsbeteiligung) vorgesehen
- Der Gemeinsame Bundesausschuss vereinbart mit Unterstützung des IQTIG Indikatoren und Verfahren zur Qualitätssicherung und -berichterstattung
- Im Rahmen der strukturierten Dialoge auf Landesebene werden die Ergebnisse der einzelnen Krankenhäuser bewertet und eingeordnet
- Die Veröffentlichung der Qualitätsergebnisse geschieht auf unterschiedlichen Wegen (Krankenkasse, Anbieterportale, private und gemeinnützige Initiativen) – es herrscht weitgehende Anbieterpluralität

Externe Qualitätssicherung / Qualitätstransparenz

- Veröffentlichung relevanter Ergebnisse der eQS seit 2007 (Selbstauskünfte)
- Veröffentlichung durch Krankenkassen seit 2007
- Gründung des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen 2015
- Veröffentlichung der Pflegepersonalquotienten

Datenzugang

- Niedrigschwelliger Zugang zu den maschinell verarbeitbaren Daten der Qualitätssicherung über den Gemeinsamen Bundesausschuss seit 2008

Patientenerfahrung / -befragungen

- Seit 2011: PEQ-Initiative von Weisse Liste, AOK und BARMER (später auch KKH)
- Eine eigene Versichertenbefragung der Techniker Krankenkasse zur stationären Versorgung, die aber inzwischen eingestellt wurde
- Erste Ansätze für ergebnisorientierte Patientenbefragungen (PRO) werden vom IQTIG vorbereitet

Vorgaben zur Darstellung

- Abgesehen vom Manipulationsschutz sind die Transparenzinitiativen in der Darstellung frei

Faktische Informationsquellen

- Weisse Liste
- Kassenportale: AOK-Krankenhausnavigator, BARMER-Krankenhausnavi, BKK-Klinikfinder, TK-Klinikführer usw.
- DKG-Krankenhausverzeichnis
- Qualitätskliniken.de (bis 31.12.2018 – danach nur Reha-Kliniken)
- Kommerzielle Anbieter

über 20 Leistungsbereiche werden auch für die öffentliche Kommunikation aufbereitet. Außerhalb des AOK-Systems hat sich das Verfahren allerdings bisher nicht durchgesetzt.

Patientenbefragung mit „PEQ“ – Gemeinsam mit der AOK, KKH und der BARMER Krankenkasse führt die Weisse Liste seit 2011 eine strukturierte Patientenbefragung (Patients' Experience Questionnaire, PEQ) durch. Es handelt sich dabei um ein Instrument zur Erfassung der Patientenerfahrung (Patient Reported Experience Measures, PREM) bezogen auf die medizinische und pflegerische Behandlung. Jährlich werden über eine Million Rückmeldungen von Patientinnen und

Patienten verarbeitet. Die Ergebnisse dieser bislang größten Patientenbefragung werden – zum Großteil auf Abteilungsebene – auf der Weissen Liste und den Suchportalen der Partner veröffentlicht. Die BARMER hat die Befragung allerdings Ende 2019 eingestellt; auch die Beteiligung der AOK über 2022 hinaus ist derzeit nicht sichergestellt. Ohne verbindliche regulative Flankierung durch den Gesetzgeber oder die Gemeinsame Selbstverwaltung droht dieser erfolgreiche Ansatz zu scheitern.

Ein für die Qualitätsberichterstattung im akutstationären Bereich nicht zu unterschätzender Datenbestand sind die Strukturinformationen zur personellen und apparativen Ausstattung der Kliniken. Diese strukturellen Merkmale sind notwendige, wenn auch keineswegs hinreichende Bedingungen für gute Leistungsqualität. Sie verraten viel über Schwerpunkte und Kompetenzen in bestimmten Indikationsbereichen; gute Ausstattung korreliert dabei meist mit der Fallzahl in der jeweiligen Indikation. Beide Informationen – die Fallzahl und die für den jeweiligen Behandlungsanlass vorhandene bzw. benötigte personelle wie technische Ausstattung – können bei der Auswahlentscheidung für oder gegen ein Krankenhaus als erster Filter fungieren.

Gute Information setzt allerdings voraus, dass sie leicht nachvollziehbar und verständlich präsentiert wird. Die verschiedenen Krankenhausuchportale, die sich inzwischen etabliert haben, wandeln hier auf dem schmalen Grat, die Fülle und fachliche Präzision der verfügbaren Informationen einerseits nicht unzulässig zu verkürzen, aber andererseits die für die Entscheidung relevanten Befunde gleichwohl klar und so einfach wie möglich zu aggregieren. Während der hohe Anteil an Fachbegriffen die Verständlichkeit oftmals behindert (Sander et al. 2016), bietet die Freiheit bei der Darstellung der den Qualitätsberichten zugrunde liegenden Daten die Chance, suchanlassbezogene und nutzeradjustierte Informationsangebote zu schaffen. Da aufgrund des liberalen Regelwerks zu Datenzugang und -nutzung (s.o.) die Pluralität der Transparenz- anbieter (Emmert et al. 2015) mit einer hohen Darstellungs freiheit einhergeht, sind die Voraussetzungen gut, um zu für die Patientinnen und Patienten optimalen

Lösungen zu kommen. Der Preis dieser Pluralität ist eine gewisse Unübersichtlichkeit bei den Transparenzangeboten. Deren Bündelung an einem Ort – wie sie ansatzweise vom Nationalen Gesundheitsportal eingeleitet wurde – macht indes nur Sinn, wenn die anbieterbezogene Darstellung der Qualitätsunterschiede auch deutlich genug ausfällt, um entscheidungsrelevante Handlungsimpulse bei den Nutzerinnen und Nutzern zu setzen. Dazu müsste ein solches zentrales Angebot staatsunabhängig angesiedelt werden

2.3 Pflegeeinrichtungen

Mit den 2008/09 unter hohem politischem und zeitlichem Druck eingeführten „Pflegenoten“ setzte Deutschland bei ambulanten und stationären Einrichtungen der Langzeitpflege fast zehn Jahre lang auf ein System der Qualitätsberichterstattung, das sich schon früh als unausgegoren und dessen Ergebnisse sich als zum Teil irreführend erwiesen haben. Aufgesetzt wurde dieses System auf die jährlich durchgeführten Qualitätsprüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) nach §§ 114 ff. SGB XI. Ein Teil dieser Prüfergebnisse wurden in Form der Pflege-Transparenzberichte veröffentlicht. Um die Qualitätsergebnisse der Pflegeheime und -dienste vergleichbar zu machen, hatten sich der Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherung und die Leistungserbringerverbände in ihrer vom Gesetzgeber geforderten Vereinbarung (Pflege-Transparenzvereinbarung) für eine Bewertungssystematik nach dem Muster der Schulnoten entschieden.

Diese seit 2009 geltende Prüf- und Veröffentlichungssystematik stand jedoch von Beginn an in der Kritik. Die Aussagekraft der zusammenfassenden Pflegenoten für die tatsächliche pflegerische Qualität der Anbieter wurde aus mehreren Gründen als eingeschränkt beurteilt: Zum einen spielte die Ergebnisqualität, also das Outcome für die Pflegebedürftigen, bei der Bewertung kaum eine Rolle, da überwiegend die Dokumentation der pflegerischen Tätigkeiten herangezogen wurde. Zum anderen führte die ungewichtete Durchschnitts-

bildung bei der Benotung zur Nivellierung kritischer Einzelergebnisse; negative Werte bei wichtigen Kriterien konnten durch gute bei weniger relevanten ausgeglichen werden. Da das System somit dazu tendierte, kritische Befunde auszublenden, lag der Median der Gesamtnoten bei 1,3 im ambulanten bzw. 1,2 im stationären Bereich. Auch die parallel laufende Bewohnerbefragung trug nicht zur Differenzierung der Qualitätsurteile bei – ganz im Gegenteil: Hier war die Streuung noch geringer.

Das in der Pflege-Transparenzvereinbarung festgeschriebene Darstellungskonzept fixierte schließlich eine statische Präsentation der Prüfergebnisse in Form eines Datenblattes (s. Abbildung 4), das sich an der Papierform orientierte. Diese Darstellungsweise blieb weit hinter den digitalen Möglichkeiten einer nutzeradustrierten Aufbereitung der jeweiligen Daten zurück und verhinderte geradezu eine an den Verbraucherbedürfnissen orientierte Informationsaufbereitung. Dass der primäre Informationskanal der Verbraucherinnen und Verbraucher, nämlich das Internet mit seinen Möglichkeiten, in der Umsetzung praktisch keine Berücksichtigung gefunden hatte, war somit ein wesentlicher Kritikpunkt an den damaligen Transparenz- und Darstellungsvereinbarungen.

Dazu passte, dass die den Transparenzberichten zugrunde liegenden Daten nicht allgemein zugänglich waren, sondern nur den Kostenträgern zur Verfügung standen. Zwar hat der Gesetzgeber inzwischen auf diesen Umstand reagiert und im dritten Pflegestärkungsgesetz, sofern damit nichtgewerbliche Zwecke verfolgt werden, den Zugang zu folgenden Daten ermöglicht: Leistungs- und vertragliche Kostendaten, MDK-Prüfergebnisse, selbstberichtete Qualitätsindikatoren und Selbstauskünfte zu Strukturmerkmalen. Die Ausgestaltung der entsprechenden Nutzungsbedingungen wurde aber den Vereinbarungspartnern der Selbstverwaltung überlassen. Das hat zur Folge, dass sich Dritte, die die den Transparenzberichten zugrunde liegenden Daten nutzen wollen, dieselben restriktiven Darstellungsformate einsetzen müssten, wie sie die Vereinbarungspartner für sich selbst entwickelt haben. Eine

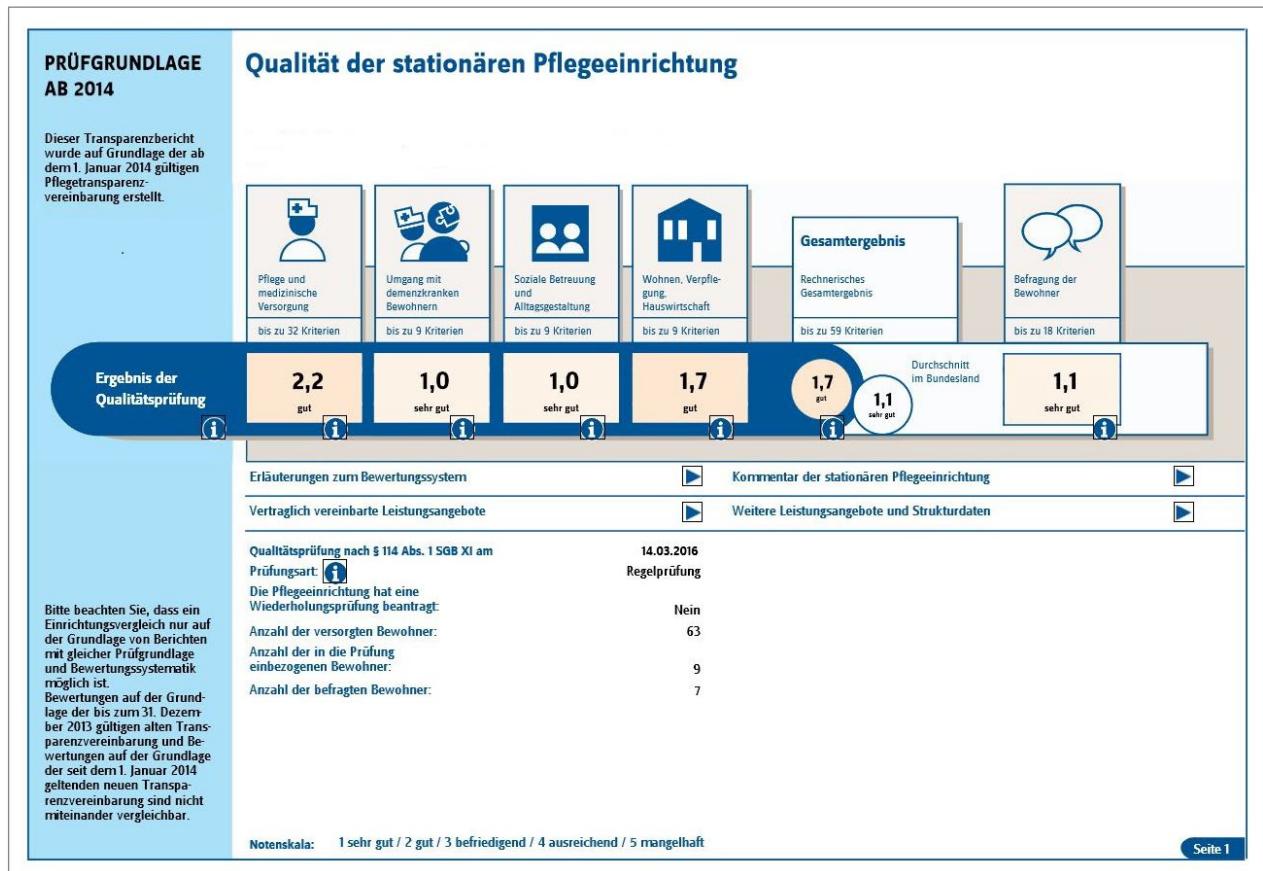


ABBILDUNG 4: Pflegenoten, Darstellungsmuster

Quelle: GKV-Spitzenverband

nutzeradjustierte Aufbereitung ist damit weiterhin erschwert, wenn nicht gar unmöglich.

Ein Neustart in der Sache gelang erst 2017 mit Einführung eines Drei-Säulen-Systems für die Pflegeheime, bestehend aus

- einrichtungsinterner Qualitätsmessung (Vollerhebung),
- externer Prüfung durch den Medizinischen Dienst und
- Angaben zur Einrichtung (inkl. Personal).

Die insgesamt verbesserte Datengrundlage erscheint eher geeignet, die vormals beklagte Lücke zwischen dem Auskunftsbedürfnis der Betroffenen und dem Informationsangebot (Kast, Emmert und Maier 2021) zu schließen. Auch die adäquateren Prüf- und Messsystematik lässt erwarten, dass dieses Verfahren zu differenzierteren Ergebnissen führt als die vormaligen Pflegenoten. Zugleich fehlen immer noch für die Versorgungsqualität wesentliche Aspekte, darunter vor allem solche, die sich an der Nahtstelle zur ambulanten und stationären Versorgung ergeben, wie etwa die

adäquate medizinische oder pharmakologische Versorgung. Allerdings wurde die Umsetzung des Verfahrens in die Praxis aufgrund der Coronapandemie ausgesetzt, sodass hier ein abschließendes Urteil noch nicht möglich ist. Die vorgesehenen Angaben zur Einrichtung bieten, im Grundsatz und sofern sie verbindlich erhoben bzw. extern geprüft werden, durchaus Potenzial für die Qualitätsberichterstattung, weil hier Informationen enthalten sind, die neben der Pflegequalität für die Auswahl einer Einrichtung ebenfalls mitentscheidend sein können. Allerdings könnte es auch für die Einrichtungen effizienter sein, dafür zunächst die Angaben, die diese ohnehin an die statistischen Ämter melden, einrichtungsbezogen zu nutzen. Das Potenzial der in das neue Verfahren einbezogenen Angaben zu Strukturdaten und insbesondere zum Personal wird weitgehend verschenkt, weil diese weder verpflichtend sind noch unabhängig überprüft werden. Anstatt den tatsächlichen Personaleinsatz in der Einrichtung wiederzugeben, beziehen sich die Angaben nur auf die vertraglichen Rahmenvereinbarungen zum Personal.

Am Prozess der Datennutzung und -verarbeitung durch Dritte hat sich auch im neuen Verfahren nichts

Grundlegendes geändert. Die seitens der Verbände der Pflegeeinrichtungen und Pflegekassen angepassten Nutzungsbedingungen schränken die Freiheit bei der Darstellung der Prüfergebnisse weiterhin erheblich ein. Die verbindlichen Vorgaben (s. Abbildung 5) erweisen sich sogar als noch weniger nutzerfreundlich und nachvollziehbar als die vormaligen Pflegenoten (s. Abbildung 4). Da so weder eine sachgerechte und verständliche Aggregation noch eine nutzeradjustierte interaktive Darstellung der Prüfergebnisse möglich ist, dürfte die Aussagekraft und Verständlichkeit des neuen „Pflege-TÜVs“ für die Öffentlichkeit absehbar deutlich eingeschränkt ausfallen. Es droht damit ein erneutes Scheitern der Qualitätsberichterstattung in der Pflege.

Bei der Erhebung des Erfahrungswissens der Pflegebedürftigen hinterlässt das neue System der Qualitätsberichterstattung eine spürbare Leerstelle. Die Erfahrungen aus der vormaligen Bewohnerbefragung hatten gezeigt, dass diese wichtige Qualitätsdimension in der praktischen Umsetzung auf erhebliche methodische Probleme stößt. Denkbare Alternativen, wie die Befragung von Angehörigen, werden bislang nur in Hamburg umgesetzt. Der im Auftrag der Weissen Liste vom Deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung e. V. (DIP) auf wissenschaftlicher Grundlage entwickelte Fragebogen ist dort erstmals 2019 flächendeckend zum Einsatz gekommen (DIP e.V., Weisse Liste GmbH und Bertelsmann Stiftung 2019). Der Fragebogen umfasst 61 Fragen aus den folgenden sieben Qualitätsdimensionen:

- › Selbstbestimmung und Selbstständigkeit
- › Respektvoller Umgang
- › Sicherheit
- › Essen und Trinken
- › Fachspezifische Versorgung
- › Personal
- › Wohnen

Die Ergebnisse werden einrichtungsbezogen veröffentlicht und dienen so der Orientierung für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen. Sie bieten zugleich den Einrichtungen eine differenzierte Rückmeldung zu einzelnen Aspekten ihrer Arbeit und sie versorgen

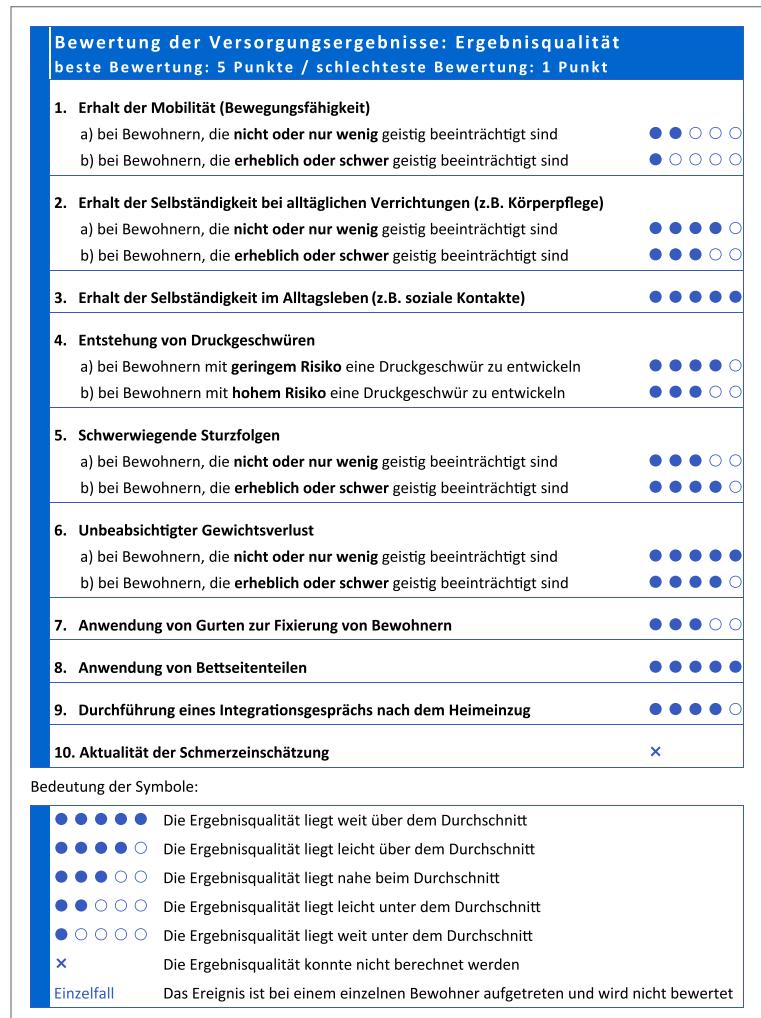


ABBILDUNG 5: „Pflege-TÜV“

Quelle: Wingenfeld et. al. 2018: 528

im nichtöffentlichen Teil der Befragung die Aufsichtsbehörden mit Informationen zu kritischen Ereignissen. Nicht zuletzt wegen der Coronapandemie stockt der Neustart bei der Qualitätsberichterstattung in der Pflege – vor allem im Bereich der ambulanten Dienste – spürbar. Aber auch darüber hinaus bleiben mit Blick auf Qualitätssicherung und –berichterstattung in der Pflege etliche offene Baustellen:

- › Die Nutzung von Routinedaten für Qualitätssicherung und –berichterstattung in der Pflege befindet

Qualitätsberichterstattung über Pflegeeinrichtungen

Governance

- Der Gesetzgeber legt die Verpflichtung zu Qualitätssicherung und -berichterstattung fest
- Der Qualitätsausschuss Pflege ist zur Festlegung für die Detailausführungen zur Qualitätsberichterstattung auf Bundesebene ermächtigt – dabei werden Betroffenenorganisationen beratend beteiligt
- Die Grundsätze zur Qualitätssicherung auf Bundesebene legen die Vertragspartner, also Kassen- und Anbieterverbände, fest
- Zur Veröffentlichung der Qualitätsdaten auf Bundesebene sind die Landesverbände der Pflegekassen verpflichtet, was de facto über Kassenportale geschieht
- Zu nichtkommerziellen Zwecken ist auch Dritten die Veröffentlichung der Qualitätsdaten auf Grundlage des SGB XI gestattet, etwa gemeinnützigen Initiativen – es herrscht weitgehende Anbieterpluralität
- Ergänzend veröffentlichen einige Bundesländer auf landesrechtlicher Grundlage Qualitätsinformationen zu Pflegeeinrichtungen

Externe Qualitätssicherung / Qualitätstransparenz

- Die Prüfschemata des Medizinischen Dienstes und der unterschiedlich prüfenden Landesaufsichtsbehörden konkurrieren teils miteinander und sind redundant
- Kern sind in den Einrichtungen erhobene ergebnisorientierte Qualitätsdaten sowie eine externe Qualitätsprüfung des Medizinischen Dienstes anhand einer Stichprobe von Pflegebedürftigen zu bestimmten Qualitätsindikatoren
- Von den bundeseinheitlichen Qualitätssicherungs- und -prüfungsverfahren sind Einrichtungen ohne Versorgungsvertrag nicht umfasst

Datenzugang

- Gesetzlich geregelter Datenzugang nur zu nichtgewerblichen Zwecken und nur zu Daten gem. SGB XI
- Uneinheitliche Datenführung der Pflegekassen auf Bundesebene sowie der einzelnen Bundesländer
- Zugang zu Prüfdaten der Landesaufsichtsbehörden nur in Hamburg

Patientenerfahrung / -befragungen

- Strukturierte Befragung der Pflegebedürftigen methodisch gescheitert
- Veröffentlichung der Ergebnisse einer Angehörigenbefragung in Hamburg

Vorgaben zur Darstellung

- Es gibt fixe Vorgaben zur Darstellung der Qualitätsinformationen auf Bundesebene, die jedoch nicht nutzerorientiert sind, sondern die Rezeption und korrekte Interpretation der Qualität der Einrichtungen eher erschweren

Faktische Informationsquellen

- Pflegesuchen der Landes- bzw. Bundesverbände der Pflegekassen
- Dominanz kommerzieller Anbieter (pflege.de u.a.), die mit Vermittlungsprovisionen und Vertrieb von Pflegehilfsmitteln agieren
- Mancherorts Informationsportale der Bundesländer oder Kommunen
- Neuerdings auch Pflegeportale der Anbieterseite

sich noch in einer Frühphase. Auch hier treibt bislang allein das Wissenschaftliche Institut der AOK (WiDO) das Projekt voran mit ungewisser Zukunft. Methodisch lassen sich aufwandsarm deutliche Qualitätsunterschiede feststellen, etwa bei der Fehlver-

sorgung mit Psychopharmaka oder potenziell unnötigen Krankenhausaufenthalten (Schwinger et al. 2018). Diskutiert wird insbesondere die Zuschreibbarkeit der Ergebnisverantwortung für die intersektoral ausgestalteten Qualitätsindikatoren, etwa aufgrund des Zusammenspiels mit der hausärztlichen Versorgung im Pflegeheim. Obwohl die Einrichtungen die Letztverantwortung für eine fachlich angemessene Qualität der Pflege und Betreuung tragen, gibt es Stimmen, die es für unzulässig halten, sektorenübergreifende Routinedaten in der Pflege für das Public Reporting zu nutzen.

- Von wenigen Ausnahmen abgesehen fehlt eine in der Praxis wirksame inhaltliche Koordination zwischen bundesweit abgestimmter Qualitätserhebung und Prüfungen durch die Medizinischen Dienste auf der einen und die aufsichtführenden Landesbehörden auf der anderen Seite.
- Qualitätsdaten zu Pflegeeinrichtungen, die allein den Aufsichtsbehörden der Länder vorliegen, werden nur von wenigen Bundesländern zur Qualitätsberichterstattung bzw. Information der Pflegebedürftigen und Angehörigen genutzt. In zehn von 16 Ländern erfahren die Betroffenen nichts darüber, ob in einem Heim nach Erkenntnissen der Behörde z. B. Personal fehlt oder schwerwiegende Mängel zu beanstanden sind (Strotbek 2022). Der Mangel an Transparenz entsteht entweder dadurch, dass eine entsprechende landesrechtliche Regelung gar nicht existiert oder dass vorhandene Gesetze nicht in die Praxis umgesetzt werden.
- Der Versorgungssektor neuer Wohnformen, wie Pflege-WGs und Einrichtungen, die eine Mischform zwischen vollstationärer und ambulanter Einrichtung darstellen, ist je nach Bundesland in unterschiedlicher Weise von Regelungen umfasst; die nötige generelle Klarstellung, ab welcher Betreuungs- und Pflegeintensität (quasi)staatliche Aufsicht und Qualitätssicherung betrieben werden soll, ist offen.
- Der in der stationären Langzeitpflege nachgewiesene Zusammenhang zwischen Qualität und Preis (Geraedts et al. 2015) birgt die Gefahr, dass gute Pflege eine Frage des Einkommens bleibt. Transparenz hätte hier nur eine begrenzte Wirkung bei der Verbesserung der Versorgung.

3 Public Reporting in Deutschland – ein kritisches Resümee

3.1 Hoher Aufwand – geringe Ausbeute

Die unter hohem Ressourceneinsatz erhobenen Ergebnisse der externen Qualitätssicherung im Bereich Krankenhäuser oder Pflegeheime sind nicht für die Qualitätsberichterstattung konzipiert und deshalb dafür nur bedingt geeignet

In der Vergangenheit war die Qualitätsberichterstattung zumeist ein Abfallprodukt der Qualitätssicherung. Am Anfang stand nicht die Frage, was Patientinnen und Patienten für ihre Entscheidung über eine Arztpraxis, ein Krankenhaus oder eine Pflegeeinrichtung wissen wollen, sondern lediglich die Frage, wie sich Qualitätsunterschiede messen und seriös vergleichen lassen.

Die Datenerhebung diente ursprünglich entweder dem internen Benchmarking (Krankenhäuser) oder der externen Qualitätsprüfung (Pflegeheime), aber nicht der öffentlichen Qualitätsberichterstattung. Erst nachträglich wurden – oftmals auf Druck der Öffentlichkeit oder der Politik – Auszüge dieses Datenbestandes für die Qualitätsberichterstattung zur Verfügung gestellt und mehr oder weniger patientenverständlich aufbereitet. Da schon zu Beginn nicht das Informationsbedürfnis der Öffentlichkeit im Zentrum der Bemühungen stand, war es am Ende entsprechend mühsam, aus der Fülle der gesammelten Daten eine für Patientinnen und Patienten relevante Information zu generieren.

Die Sekundärnutzung von Indikatoren und Kriterien der Qualitätssicherung für die Qualitätsberichterstattung führt im Ergebnis zu einer Sammlung von Daten und Einzelbefunden, die hochgradig interpretationsbedürftig sind und deren Aussagekraft für die Interessierten und Betroffenen zum Teil recht gering ist. So bieten etwa die Ergebnisse der externen stationären Qualitätssicherung für alle, die nach einem geeigneten

Krankenhaus suchen, oftmals weniger Orientierung als die Angaben zu Ausstattung und Fallzahlen. Es wundert daher nicht, dass die seriösen Informationen der offiziellen Qualitätsberichterstattung für die Wahlentscheidungen praktisch kaum eine Rolle spielen. Das Gesamturteil – am Beispiel Krankenhäuser – ist ernüchternd: „Bürger, Patienten und Ärzte kennen die gesetzlichen Qualitätsberichte kaum, finden diese wenig hilfreich, weil viele präferierte Kriterien fehlen, und nutzen sie kaum. Krankenhäuser nutzen die Berichte, halten aber den Aufwand für zu groß“ (Geraedts 2018: 15).

3.2 Patientenerfahrung bleibt ungenutzt

Vor allem mit Blick auf die Ergebnisqualität wären die Patientenerfahrungen eine wichtige systematisch zu erhebende Informationsquelle; sie spielen derzeit aber praktisch keine Rolle bei der Qualitätsberichterstattung

Obwohl die Gesundheitsministerkonferenz der Länder das Bundesgesundheitsministerium schon 2018 gebeten hat, „differenzierte Patientenbefragungen als Instrument des Qualitätsmanagements in allen Einrichtungen des Gesundheitswesens nach erfolgter Evaluation und Bewertung des gesundheitlichen Nutzens einzuführen“ und die „Ergebnisse ... als neutrale und transparente Patienteninformationen“ bereitzustellen (GMK 2018), steckt der Einsatz entsprechender Instrumente zur Erfassung der Patientenerfahrung bis hin zu Aussagen über das Behandlungsergebnis (Patient Reported Outcomes, PROs) in Deutschland noch in den Kinderschuhen. Das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) hat nach Beauftragung durch den Gemeinsamen Bundesauschuss vom 19. Dezember 2019 bislang drei Verfahren für indikationsbezogene Patientenbefragungen ent-

wickelt (Koronarangiografie und Koronarintervention, Nierenersatztherapie, Schizophrenie; vgl. IQTIG 2021). Die größte generische poststationäre Patientenbefragung (PEQ, s.o.) verdankt sich einer Initiative aus der Zivilgesellschaft zusammen mit einzelnen Krankenkassen. Um diesen auch seitens der Forschung hochgeschätzten Datenbestand in einem regulären Verfahren zu sichern und weiter auszubauen, müsste eine solche Befragung routinemäßig durch die Krankenkassen umgesetzt werden, etwa im Rahmen der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 136 Abs. 6 SGB V. Andere Länder sind bei diesem Thema deutlich weiter.

„In England werden in Kliniken, welche vom National Health Service (NHS) gefördert werden, PROs für spezifische Krankheitsbilder erhoben und die Ergebnisse auf der Seite des NHS veröffentlicht“ (Kirchberger 2020: 4). „Patientenbefragungen sind international inzwischen etabliert, wenn es um die Qualitätseinschätzung von Leistungserbringern geht. Allerdings sollte man Patientenbefragungen differenziert betrachten. Ob rein subjektive Zufriedenheitswerte tatsächlich dazu geeignet sind, die Versorgungsqualität von Leistungserbringern zu messen und Qualitätsunterschiede aufzuzeigen, ist noch nicht vollends untersucht; insbesondere für Onlinebefragungen. Sie sind zwar seitens der Patienten als relevantes Entscheidungskriterium nachgefragt. Treffen der wären jedoch fakten- oder ereignisorientierte Fragestellungen zu ausgewählten Aspekten der Versorgung und des Behandlungsergebnisses aus Patientensicht, sogenannte PREMs [= Patient Reported Experience Measures] und PROMs [= Patient Reported Outcome Measures]. Sie sollten künftig deutlich mehr Bedeutung in Forschung und Praxis erhalten“ (Etgeton und Weigand 2018: 4).

Im Gegensatz zu dem oben zitierten GMK-Beschluss scheint derzeit in Deutschland der Einsatz von Patientenbefragungen, wie vormals die Erhebungen zur externen Qualitätssicherung, primär der Qualitätserfassung und – wenn überhaupt – allenfalls sekundär der Qualitätsberichterstattung zu dienen. Anders verhält es sich mit den vor allem von kommerziellen Arztsuchportalen gesammelten Patientenbewertungen, die aber mit Blick auf methodische Güte und Validität weit hinter den in

der Qualitätssicherung etablierten Standards zurückbleiben. Auch die im Zuge der Transparenzberichte für Pflegeheime durchgeführten Bewohnerbefragungen haben sich im Nachhinein als wenig aussagekräftig für die Erfassung von Qualitätsunterschieden zwischen den Einrichtungen erwiesen. Neue Wege, wie die Hamburger Befragung der Angehörigen, werden derzeit regional erprobt, aber noch nicht bundesweit verbindlich umgesetzt.

3.3 Routinedaten liegen als Ressource brach

Die Nutzung vorhandener Daten für die Qualitätsberichterstattung und zur Verbesserung der Versorgung wäre ohne zusätzlichen Erhebungsaufwand möglich und scheitert weder an der Datenqualität noch – wie oft behauptet – am Datenschutz

„Kaum ein Land weist eine so hervorragende Datenbasis wie Deutschland auf. Allerdings können diese Daten hierzulande nur sehr eingeschränkt genutzt werden. Es bestehen große administrative Hürden bei der Nutzung für wissenschaftliche Zwecke und zur Patienteninformation, die überwiegend nicht auf Datenschutzgesetze zurückzuführen sind. Dabei wären diese Daten für die Versorgungsforschung, Versorgungssteuerung und Patienteninformation ein wertvoller Schatz. Bessere Nutzungsmöglichkeiten der Datenbestände könnten einen erheblichen Mehrwert für PatientInnen, Politik und Verbände schaffen“ (Schreyögg 2017: 2). Diese Potenziale liegen in Deutschland weitgehend brach, obwohl ihre Erschließung den derzeit mit der Qualitätsberichterstattung verbundenen Aufwand zum Teil deutlich reduzieren könnte. Einzelne Akteure (QSR AOK, IQM) demonstrieren zwar, was mit Routine-daten im akutstationären Bereich mit der gebotenen methodischen Umsicht möglich ist; eine grundsätzlich vorrangige Nutzung dieser Daten und eine erst darauf aufsetzende sekundäre Erhebung weiterer Qualitätsindikatoren haben sich bisher jedoch als Praxis im Gesundheitswesen noch nicht etabliert. Im Pflegebereich gibt es ebenfalls Ansätze, die sich jedoch noch im Forschungsstadium befinden.

Dabei böte gerade im Bereich der niedergelassenen Arztpraxen die Nutzung von vorhandenen Daten für das Public Reporting einen echten Mehrwert (Etgeton, Schwenk und Strotbek 2021). Derzeit wird die Verwendung dieser Daten, die zum Teil von den Kassenärztlichen Vereinigungen auf ihren Arztsuchen veröffentlicht werden, an die individuelle Freigabe durch die jeweils betroffenen Ärztinnen bzw. Ärzte gebunden. Diese angeblich aus Gründen des Datenschutzes errichteten Hürden dienen jedoch eher der Intransparenz als der informationellen Selbstbestimmung. So betont der ehemalige Bundesdatenschutzbeauftragte Peter Schaar: „Gesundheitsdatenmonopole darf es nicht geben. Das gilt für die Qualitätskontrolle genauso wie für die verursachten Kosten. Zudem sind Ärzte, Krankenhäuser und andere Gesundheitsdienstleister gegenüber ihren Patienten rechenschaftspflichtig“ (Schwenk und Schmidt-Kähler 2016: 4).

Dem ärztlichen Geheimhaltungsbedürfnis stehen somit mindestens gleichberechtigt die Informationsinteressen der Patientinnen und Patienten sowie der Öffentlichkeit gegenüber, die gegen die Schutzansprüche der Ärztinnen und Ärzte abzuwegen sind. Bei ohnehin bereits veröffentlichten Informationen gibt es eigentlich keinen Grund, der gegen eine allgemeine Nutzung auch ohne individuelle Einwilligung ins Feld zu führen wäre. Hingegen „sprechen starke verfassungsrechtliche Gründe für eine umfassende Bereitstellung der für die Öffentlichkeit relevanten Informationen. ... Das Verhältnis der beteiligten Grundrechte untereinander darf ... nicht in dem Sinne gedeutet werden, dass jede externe Datennutzung einer besonderen Rechtfertigung bedarf, ihre Versagung hingegen nicht. Vielmehr stellt auch die Unterbindung der externen Datennutzung einen Grundrechtseingriff dar, der der Rechtfertigung bedarf“ (Kingreen und Kühling 2017: 22). Die angesprochene Asymmetrie in der Begründungslast für oder gegen die Freigabe von vorhandenen Versorgungsdaten aufzulösen, hat sich in der deutschen Daten- und Transparenzkultur jedoch noch nicht durchgesetzt. Rechtfertigungspflichtig ist weiterhin, wer die Offenlegung von Daten verlangt, aber nicht, wer sie verweigert.

3.4 Selbstblockade der Akteursstrukturen

Das Bemühen um mehr Transparenz bleibt oftmals erfolglos, weil in den korporatistischen Entscheidungsstrukturen Beharrungskräfte der Akteure und sektorale Partikularinteressen die Oberhand gewinnen

Die Qualitätssicherung und -berichterstattung wird in Deutschland für jeden Sektor einzeln geregelt – für Krankenhäuser im fünften, für Pflegeheime und -dienste im elften Sozialgesetzbuch. Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte unterliegen bislang keiner systematischen Qualitätsberichterstattung. Ein stimmiges Verfahren zur Nutzung von Leistungs- und Abrechnungsdaten zur Qualitätsmessung fehlt in Deutschland (s. These in Kapitel 3.3), sodass Daten aus dem einen Sektor für die Bewertung von Leistungen in einem anderen kaum genutzt werden können. Eine die Versorgungsektoren insgesamt überwölbende Institution für eine zentrale Qualitätssicherung und -berichterstattung fehlt in Deutschland. Die Qualität einer Patientenversorgung, die über mehrere Sektoren hinwegreicht und in geteilter Verantwortung liegt, lässt sich kaum systematisch nachverfolgen. Dabei wäre diese Perspektive im Zuge der Ambulantisierung aber beispielsweise auch bei der Betrachtung von multidisziplinären und sektorübergreifend arbeitenden Zentren unerlässlich.

Darüber hinaus krankt die Qualitätsberichterstattung daran, dass die Zuständigkeit für die Transparenzregeln an die Verbände der Gesundheits- und Pflegedienstleister sowie der Kostenträger delegiert wurde. Während der Staat in anderen Branchen eine eigene unabhängige Institution mit der Aufgabe von Qualitätstests und Verbraucherinformation betraut – nämlich die Stiftung Warentest –, überlässt der Gesetzgeber es im Gesundheitswesen der Gemeinsamen Selbstverwaltung, diese wichtige Aufgabe zu erfüllen. Dadurch können beispielsweise Verbände der Krankenhäuser oder Pflegeheimbetreiber mitbestimmen, wie streng Einrichtungen geprüft und was über ihre Qualität veröffentlicht wird. Den Patienten- und Verbraucherverbänden wird dabei allenfalls eine mitberatende Funktion zugestanden; sie stehen, obwohl eigentlich betroffen, bei der Qualitäts-

berichterstattung quasi am Spielfeldrand. Das müsste sich in einer erneuerten, vom Staat beauftragten, aber von den Systemakteuren unabhängigen Institution ändern.

Beim Umgang mit den Daten zeigen sich sektorale deutliche Unterschiede. Während die Ergebnisse der Prüfverfahren bei Krankenhäusern frei verfügbar sind, werden sie in der Pflege von den Selbstverwaltungspartnern durch komplexe Nutzungshürden eingehemmt und in ihrer Nutzung stark eingeschränkt. Instrumente, die die bestehenden Qualitätsunterschiede zwischen Leistungserbringern klar aufzeigen könnten, werden in dieser Konstellation oftmals verwässert, verschleppt oder ganz blockiert, weil die Interessenlagen zwischen Leistungsanbietern und Kostenträgern, aber auch zwischen den Sektoren das eigentliche Ziel des Public Reporting überlagern.

3.5 Am Nutzerbedarf vorbei

Die Vermittlung der Qualitätsergebnisse entspricht häufig nicht dem Bedarf der Patientinnen und Patienten nach leicht erfassbarer und auf Relevanz fokussierter Information

Obwohl Datengrundlage und -management im akut-stationären Bereich in vielerlei Hinsicht – verglichen mit den anderen Sektoren – vorbildlich sind, wird auch hier das Ziel des Public Reporting, die Anbietersuche zu erleichtern, nur unzureichend erfüllt. So ist die Berücksichtigung dieser zum Teil gut aufbereiteten Informationen etwa unter niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten bei ihrer Empfehlung für ein Krankenhaus nicht standardmäßig vorgesehen. Vorschläge der Präxisärztinnen und -ärzte, in welches Krankenhaus Patientinnen und Patienten gehen sollten, basieren allzu oft noch auf Einzelerfahrungen, Hörensagen oder persönlichen Beziehungen und weniger auf den gut verfügbaren qualitätsgesicherten Daten (Hermeling und Geraedts 2013). „Von einer sorgfältig abgewogenen Krankenhauswahl bzw. -zuweisung, bei der Patienten und einweisende Ärzte auch digital verfügbare Informationen berücksichtigen, um das geeignetste Kranken-

ABBILDUNG 6: **Sektorenvergleich**

Informationsbedarf	Arztpraxen	Kliniken	Pflege-helme	Pflege-dienste
Fallzahlen			nicht relevant	nicht relevant
Ausstattung (Personal, Technik)				
Einhaltung von Prozessstandards				
Behandlungsergebnisse				
Patientenerfahrungen				
Datenverfügbarkeit				

■ Daten verfügbar
■ Daten teilweise verfügbar
■ Daten nicht verfügbar

Quelle: eigene Darstellung

WEISSE LISTE | BertelsmannStiftung

haus zu finden, sind wir noch weit entfernt“ (Geraedts und de Cruppé 2021: 26). Während im stationären Bereich die Nutzerinnen und Nutzer durch die Fülle der Daten überfordert werden und die Orientierung verlieren, liegen in den anderen Sektoren kaum Informationen zu den patientenrelevanten Aspekten vor (s. Abbildung 6).

Bei der Darstellung wird die Bündelung mehrerer Variablen zu einer Qualitätsbewertung (Composite Measures) empfohlen: „Es sollte die intensivere Verwendung von Composite Measures diskutiert werden. Diese könnten einen Beitrag dazu leisten, die Qualitätsinformationen patientenfreundlicher und verständlicher darzustellen“ (Emmert, Becker und Sander 2017: 211). Konsentierte Schwellenwerte und darauf fußende Bewertungsskalen, die sich leicht erfassen lassen und in der Entscheidungssituation Orientierung stiften, fehlen indes in allen Sektoren. Dass diese Schwachstellen bislang nicht behoben wurden, könnte auch mit den Akteursstrukturen

(s. These in Kapitel 3.4) und deren gesetzlicher Aufgabenstellung zusammenhängen. Dieser fehlt oftmals eine eindeutige Ausrichtung auf die Informationsinteressen der Patientinnen und Patienten. Die bloße Veröffentlichung von Ergebnissen der Qualitätssicherung ist zwar ein erster Schritt hin zu mehr Transparenz, reicht aber bei Weitem nicht aus, um die Informationsbedürfnisse der eigentlich Betroffenen zu befriedigen. Public Reporting vom Ende her zu denken, würde bedeuten, den Auskunftsbedarf der Patientinnen und Patienten schon in die Erhebung der notwendigen Daten einzubeziehen und sie zum Maßstab für deren Aufbereitung und Darstellung zu machen. Hier gilt, dass Qualitätssicherung und Qualitätsberichterstattung zwar methodisch zusammenhängen, aber jeweils eigenständige Aufgaben sind, die jeweils eigene Expertise erfordern.

3.6 Der Point of Need wird verfehlt

Die seriösen und hochwertigen Transparenzangebote können ihre Informationen nicht dort platzieren, wo sie bei der Navigation durch das Gesundheitswesen konkret benötigt werden

Neben Datenverfügbarkeit und -aufbereitung stellt auch die situations- und nutzeradjustierte Platzierung der Qualitätsinformation eine erhebliche Herausforderung dar. „Die meisten Menschen in Deutschland haben erhebliche Probleme mit der Navigation durch das Gesundheitssystem und dem dazu nötigen Informationsmanagement. Dies deutet an, dass Angebote zur Orientierung und Navigation die Bevölkerung bislang noch zu wenig erreichen und hier großer Handlungsbedarf besteht“ (Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz 2021). Selten findet die Information ihre Nutzerinnen und Nutzer da, wo sie konkret benötigt wird, etwa in der Hausarztpraxis bei der Überweisung an die fachärztliche Weiterbehandlung oder die Einweisung ins Krankenhaus. Schon 2013 – also mehr als ein halbes Jahrzehnt nach der ersten Veröffentlichung von Klinikqualitätsberichten – wurde dazu eine Befragung unter Ärztinnen und Ärzten durchgeführt, die ein ernüchterndes Ergebnis zutage förderte:

„Knapp weniger als die Hälfte der befragten Ärzte wusste von der Existenz der gesetzlichen Qualitätsberichte. Jüngere Mediziner kannten den Qualitätsbericht häufiger, nutzten den Bericht aber nicht häufiger als ihre älteren Kollegen. Insgesamt gab nur ein Zehntel der Ärzte an, Qualitätsberichte in der Originalform aktiv im Rahmen der Patientenberatung genutzt zu haben. Zieht man auch eine elektronische Verwendung der Qualitätsberichtsdaten, insbesondere in Form der zahlreichen Krankenhausvergleichsportale im Internet in Betracht, erhöhte sich der Anteil der Nutzung auf 14%“ (Hermeling und Geraedts 2013: 155). – Eine erneute Befragung dieser Art dürfte aktuell kaum zu einem wesentlich anderen Ergebnis führen.“

Anstatt am Point of Need nutzbringend zur Geltung zu kommen, werden offizielle Informationen – sektorale vereinzelt – auf unterschiedlichen Plattformen im Internet verstreut angeboten. Kommerzielle oder gar interessengeleitete Veröffentlichungen sind für Laien kaum von auf offiziellen Daten beruhenden seriösen und unabhängigen Quellen unterscheidbar. Der häufigste Sucheintrag im Internet erfolgt über die gängigen Suchmaschinen. Doch in der Fülle der Ergebnisse gehen die verlässlichen, Orientierung stiftenden Informationen aufgrund schlechter Aufbereitung oftmals unter. Daher sollte neben der Qualität der Information selbst (der Datengrundlage und -aufbereitung) und ihrer Darstellung auch der Verbreitungsstrategie besondere Aufmerksamkeit gewidmet werden: Wo „versenden“ sich Informationen mit großen Streuverlusten und wo könnten sie in konkreten Situationen echten Orientierungswert stiften? Damit einhergehen konkrete technische und regulatorische Fragestellungen, wie die Qualitätsdaten sowohl direkt an die Patientinnen und Patienten gelangen als auch in die Anwendungssoftware der „Lotsen“ und Multiplikatoren regelhaft eingebunden werden können: Datenbanken von Beratungsstellen, Arztinformationssysteme oder Krankenhausinformationssysteme. Die Klärung dieser Fragen ist mindestens so relevant wie die Erstellung und Qualitätssicherung der Information selbst.

4 Neustart beim Public Reporting – Fazit und Ausblick

Das hier vorgetragene, überwiegend kritische Resümee zum Stand des Public Reporting in Deutschland wertet die Fehler und Mängel der Vergangenheit nüchtern aus. Die Kritik an der bisherigen Entwicklung soll einen Impuls setzen, um beherzt neue Wege zu beschreiten und den sich aus dieser Bilanz ergebenden Handlungsdruck in einen wirklichen Neustart umzuleiten. Die Erkenntnisse daraus sollten produktiv und proaktiv für eine wirkliche Verbesserung der Qualitätsberichterstattung genutzt werden. Denn an der Notwendigkeit einer transparenten und nutzerfreundlichen Darstellung der Qualität medizinischer und pflegerischer Versorgungsleistungen kann kein Zweifel bestehen. Daher steht am Ende eine letzte in die Zukunft gerichtete These:

Public Reporting könnte sein Potenzial am besten im Kontext eines digitalen Informations- und Leitsystems für Patientinnen und Patienten entfalten, das die seriösen Transparenzangebote bündelt und sie proaktiv und situationsbezogen in die Behandlungsabläufe integriert.

Indem die fortschreitende Digitalisierung von Behandlungsprozessen durch die elektronische Patientenakte (ePA) mehr als zuvor auch die Patientinnen und Patienten aktiv in das Kommunikationsgeschehen einbezieht, wird die ePA als digitale Behandlungsplattform zum prädestinierten Ort für den nutzer- und situationsadjustierten Einsatz von Qualitätsinformationen am Point of Need bzw. Point of Care. Dazu bedürfte es jedoch einer Art digitalen Ökosystems für Gesundheitsinformationen, das sich nahtlos in die Versorgungsabläufe innerhalb und jenseits der klassischen Sektoren einfügt und neben den ärztlichen auch andere Gesundheitsprofessionen einbezieht. Dieses umfasste dann übrigens sowohl Gesundheitsinformationen im engeren Sinne, also Informationen über Krankheiten und Behandlungsoptionen oder über sozialrechtliche Fragestellungen, als auch navigationale Informationen wie Hinweise auf

geeignete Arztpraxen, Krankenhäuser oder Pflegeeinrichtungen sowie erfahrene Ärztinnen und Ärzte. Erst in einer solchen digital organisierten Informations- und Versorgungslandschaft könnten die bereits vorhandenen und hoffentlich noch verbesserten Qualitätsdaten ihre Relevanz und Orientierungskraft voll ausspielen.

„Auch die elektronische Gesundheitsakte sollte gezielt genutzt werden, um passgenaue Informationen und digitale Dienstleistungen im richtigen Moment anzubieten. Ziel sollte es sein, für Bürger und Patienten bedarfsgerecht nutzerfreundliche Informationsangebote bereit zu halten, die maximale Informationsqualität bieten, Entscheidungen erleichtern und damit auch Personen mit niedriger Gesundheitskompetenz erreichen“ (Hurrelmann et al. 2019: 7).

Eine solche systemische Kommunikations- und Interaktionsumgebung hätte zum Ziel, dass die seriöse Information ihren Einsatzort findet, nicht umgekehrt – als erster Treffer, nicht erst unter ferner liefern. Sie stellt keine Holschuld der Patientinnen und Patienten dar, sondern soll unabhängig von der individuellen Gesundheitskompetenz vom System proaktiv angeboten werden – und zwar in Formaten, die der jeweiligen Anwendungssituation bzw. der Adressatengruppen (z. B. Ärztin oder Patient) angepasst ist. Auch der Einsatz künstlicher Intelligenz bzw. fachlich fundierter Algorithmen sollte kein Tabu sein, wenn es darum geht, relevante und Orientierung stiftende Befunde aus der Qualitätssicherung oder entsprechende Patientenerfahrungen dort zu platzieren, wo sie in der Entscheidungssituation benötigt werden. Da der Gebrauchswert einer Information mit der situativen Punktgenauigkeit ihrer Platzierung steigt, sollten alle digitalen Möglichkeiten zur Nutzerpassung ausgeschöpft werden. Noch ist ein solches digitales Ökosystem für Gesundheitsinformationen Zukunftsmusik. Aber es beschreibt ein Zielbild, an

ABBILDUNG 7: To-do-Liste für den Neustart beim Public Reporting

Stufe	Zielsetzung	Künftige Maßnahmen Arztpraxen	Künftige Maßnahmen Krankenhäuser	Künftige Maßnahmen Pflege
1	Vorhandene Daten zur allgemeinen Nutzung und freien Verarbeitung öffnen	Nutzungsrechte für Dritte in § 395 SGB V (analog § 370a Abs. 2 SGB V)	Daten der Krankenhäuser (inkl. Daten nach §§ 285, 295 und 301 SGB V) für die einrichtungsbezogene Nutzung aufbereiten (Datenqualität)	Entbindung Dritter von Darstellungsvorgaben der Nutzungsvereinbarung
2	Anbieteridentifikation vereinheitlichen	Im Bundesarztreregister die Lebenslange Arztnummer (LANR) um die Betriebstättennummer ergänzen	Eineindeutige Kennzeichnung von Kliniken und ihren Standorten für alle Datenbestände, um Verknüpfungen ermöglichen LANR auch für Klinikärzte, automatisierte Zuschlüsselung von Leistungen	Eineindeutige Kennzeichnung von Pflegediensten und -heimen für alle Datenbestände
3	Datensatz aus vorhandenen Datenbeständen ergänzen	Ambulante Abrechnungsdaten (z. B. Fallzahlen, Leistungsprofil, elektronische DMP-Daten)	Daten nach § 21 KHEntG einrichtungs- und ggf. arztbezogen verknüpfbar machen	Angaben zu Personal und Prüfergebnisse der Heimaufsicht. Kombination und Vereinheitlichung der Datenbestände von Bund- und Ländern
4	Transparenzdaten sektorübergreifend konsolidieren	Public Reporting als Nutzungszweck in § 303e SGB V (Forschungsdatenzentrum) aufnehmen und Nutzungsberechtigte entsprechend erweitern		Transparenzdatensatz bundesweit konsolidieren und verfügbar machen
5	Public Reporting institutionalisieren		Schaffung oder Beauftragung einer Institution, die Qualitätsdaten jenseits der Sektorgrenzen und SGB-übergreifend konsolidiert und für die Qualitätsberichterstattung nutzbar macht	
6	Kanal- und Anbieterpluralität		Datennutzungsregeln für Informationsvermittler liberal ausgestalten (Vorbild: Qualitätsberichte der Krankenhäuser) und die Daten optional in situations- und nutzeradjustierten Formaten für die Nutzung aufbereiten	
7	Erfahrungswissen nutzbar machen	Strukturierte Befragungen (PREM, PROM) für das Public Reporting einsetzen und dafür u.a. die digitalen Ausspielkanäle (NGP, ePA, DiGA usw.) nutzen		

Quelle: eigene Darstellung

WEISSE LISTE | BertelsmannStiftung

dem sich künftige Aktivitäten auch im Bereich Public Reporting ausrichten sollten, um ihre Relevanz zu behalten bzw. erst eigentlich zu entfalten.

Dieser Anspruch, Qualitätsberichterstattung aus einem Guss zu formen, basiert im Wesentlichen auf folgenden Grundprinzipien:

- › **Systemdaten sind ein öffentliches Gut** und daher auch eine Ressource für das Public Reporting. Deren Verwertung für die Qualitätsberichterstattung einzuschränken, ist daher immer begründungspflichtig.
- › **Datenmanagement und -aufbereitung** sollte sektorübergreifend und über alle Sozialgesetzbücher hinweg zentral geregelt und institutionell verankert werden. Diese Aufgabe gehört in neutrale Hände, die nicht unter dem Einfluss der Akteure stehen.
- › Den Informationsvermittlern müssen die verfügbaren **Qualitätsdaten** ohne Darstellungsvorgaben zur freien Nutzung, Verarbeitung und Veröffentlichung überlassen werden. Das schließt nicht aus, dass

diese Daten zusätzlich in situations- und nutzeradjustierten Formaten von zentraler, etwa öffentlich-rechtlicher Stelle, angeboten werden.

- › Bei der Verbreitung der Qualitätsdaten sollte Kanal- und Anbieterpluralität gewahrt bleiben, um die Information dort zu platzieren, wo sie benötigt wird, und im Wettbewerb der besseren Lösungen die Kommunikation von Qualität insgesamt zu optimieren.

Der durch unsere Bilanz hoffentlich angeregte Verbesserungsprozess kann sicher nur schrittweise erfolgen. Aber bei entsprechendem Gestaltungswillen auf Seiten der Politik und der Akteure, klar definierten Grundprinzipien (s.o.) und einer ambitionierten Zielbestimmung wäre schon heute vieles möglich. Was auf diesem Weg zunächst als konkrete Hausaufgaben zu erledigen wäre, haben wir hier in einer To-do-Liste (s. Abbildung 7) skizziert.

5 Literaturverzeichnis

- Albrecht, Martin, und Richard Ochmann (2018). *Public Reporting in der ambulanten ärztlichen Versorgung – Internationale Erfahrungen mit Maßnahmen zur Erhöhung der Qualitätstransparenz und Implikationen für Deutschland*. Hrsg. Bertelsmann Stiftung. Gütersloh. doi:10.11586/2018013.
- DIP e.V., Weisse Liste gGmbH und Bertelsmann Stiftung (Hrsg.) (2019). *Angehörigenbefragung in der stationären Altenpflege – Gutachten | Fragebogen | Leitfaden*. Berlin. <https://www.weisse-liste.de/projekt/public-reporting-pflege/angehoerigenbefragung/> (Download 10.10.2021).
- Emmert, Martin, und Nina Meszmer (2018). „Eine Dekade Arztbewertungsportale in Deutschland: Eine Zwischenbilanz zum aktuellen Entwicklungsstand“. *Das Gesundheitswesen* (80) 10. 851–858. doi:10.1055/s-0035-1549968.
- Emmert, Martin, Sandra Becker und Uwe Sander (2017). „Ein internationaler Vergleich zu Public Reporting über die Qualität von Krankenhäusern: Wo stehen wir und was können wir lernen?“ *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement* (22) 4. 206–212. doi:10.1055s-0043-101804.
- Emmert, Martin, Nina Meszmer und Uwe Sander (2016). „Do Health Care Providers Use Online Patient Ratings to Improve the Quality of Care? Results From an Online-Based Cross-Sectional Study“. *Journal of Medical Internet Research* (18) 9. doi:10.2196/jmir.5889.
- Emmert, Martin, Nina Meszmer, Anke Simon und Uwe Sander (2015). „Internetportale für die Krankenhauswahl in Deutschland: Eine leistungsbereichsspezifische Betrachtung“. *Das Gesundheitswesen* (78) 11. 721–734. doi:10.1055/s-0035-1549968.
- Etgeton, Stefan, und Johannes Strotbek (2020). „Public Reporting im ambulanten Sektor – Routinedaten niedergelassener Ärzte sollten für Patienteninformationen genutzt werden“. *SPOTLIGHT Gesundheit* Nr. 2. Hrsg. Bertelsmann Stiftung. Gütersloh. <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/public-reporting-im-ambulanten-sektor-all> (Download 2.10.2021).
- Etgeton, Stefan, und Marcel Weigand (2018). „Public Reporting über Arztpraxen – Open-Data-Politik schafft mehr Transparenz für Patienten“. *SPOTLIGHT Gesundheit* Nr. 3. Hrsg. Bertelsmann Stiftung. Gütersloh. <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/public-reporting-ueber-artzpraxen> (Download 12.10.2021).
- Etgeton, Stefan, Uwe Schwenk und Johannes Strotbek (2021). „Public Reporting über Arztpraxen“. *Monitor Versorgungsforschung* 1. 69–74. doi:10.24945/MVF.01.21.1866-0533.2282.
- Geraedts, Max (2018). „Grenzen der im Verantwortungsbereich des G-BA durchgeführten Qualitätssicherung“. Hrsg. Philipps Universität Marburg. Marburg. https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4638/2018-09-24_QS-Konferenz_Plenum_Geraedts_Grenzen-QS.pdf (Download 12.10.2021).
- Geraedts, Max, und Werner de Cruppé (2021). „Zuweisung und Patientennavigation ins Krankenhaus“. *Krankenhaus-Report 2021 – Versorgungsketten – Der Patient im Mittelpunkt*. Hrsg. Jürgen Klauber, Jürgen Wasem, Andreas Beivers und Carina Mostert. Berlin. doi:10.1007/978-3-662-62708-2_2.
- Geraedts, Max, und Werner de Cruppé (2022). „Effekte der gesetzlichen Qualitätssicherung der akutstationären Versorgung“. *Bundesgesundheitsblatt* 65. doi: 10.1007/s00103-022-03489-z.
- Geraedts, Max, Charlene Harrington, Daniel Schuhmacher und Rike Kraska (2015). „Trade-off Between Quality, Price, and Profit Orientation in Germany's Nursing Homes“. *Aging International* 41. 89–98. doi:10.1007/s12126-015-9227-1.
- Geraedts, Max, Svenja Krause, Michael Schneider, Annette Ortwein, Johannes Leinert und Werner de Cruppé (2020). „Patient safety in ambulatory care from the patient's perspective: a retrospective, representative telephone survey“. *BMJ Open*. doi:10.1136/bmjopen-2019-034617.
- GMK – Gesundheitsministerkonferenz (2018). „Beschlüsse der 91. GMK“. <https://www.gmkonline.de/Beschluesse.html?id=698&jahr=2018> (Download 12.10.2021).
- Hermeling, Peter, und Max Geraedts (2013). „Kennen und nutzen Ärzte den strukturierten Qualitätsbericht?“. *Das Gesundheitswesen* (75) 3. 155–159.
- Hurrelmann, Klaus, Sebastian Schmidt-Kaehler, Eckart von Hirschhausen, Cornelia Betsch und Doris Schaeffer (2019). „Den Umgang mit Gesundheitsinformationen in den Medien erleichtern“. Strategiepapier #3 zu den Empfehlungen des Nationalen Aktionsplans. Hrsg. Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Berlin. doi:10.4119/uniibi/2933465.
- IQTIG – Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (2021). „Patientenbefragungen“. <https://iqtig.org/datenerfassung/patientenbefragungen/> (Download 12.10.2021).
- Kast, Kristina, Martin Emmert und Claudia B. Maier (2021). „Public Reporting über stationäre Pflegeeinrichtungen in Deutschland: Eine Bestandsaufnahme und Bewertung der Qualitätsinformationen“. *Das Gesundheitswesen* (83) 10. 809–817. doi:10.1055/a-1160-5720.
- Kingreen, Thorsten, und Jürgen Kühling (2017). *Rechtsfragen der externen Nutzung von Datensätzen aus der Leistungserbringung durch Vertragsärzte und Krankenhäuser (Rechtsgutachten)*. Hrsg. Bertelsmann Stiftung. Gütersloh. <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/rechtsfragen-der-externen-nutzung-von-datensetzen-aus-der-leistungserbringung-durch-vertragsaerzte-und-krankenhaeuser> (Download 2.10.2021).
- Kirchberger, Valerie (2020). *Machbarkeitsstudie indikationsübergreifendes Patient-Reported Outcome Measurement – Digitalisierung nutzen für eine patientenzentrierte Gesundheitsversorgung*. Hrsg. Charité. Berlin. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Berichte/DigiPROM_Abschlussbericht_zum_Vorhaben_barrierefrei_2021-04-14.pdf (Download 12.10.2021).
- Kolb, Benjamin, Martin Emmert, Uwe Sander, Christiane Patzelt und Oliver Schöffski (2018). „Do German public reporting websites provide information that office-based physicians consider before referring patients to hospital? A four-step analysis“. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 137–138. 42–53.
- Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz (2021). „Navigationale Gesundheitskompetenz“. <https://www.nap-gesundheitskompetenz.de/gesundheitskompetenz/forschungsergebnisse-f%C3%BCr-deutschland/navigationale-gesundheitskompetenz/> (Download 9.2.2022).

- Prang, Khic-Houy, Roxanne Maritz, Hana Sabanovic, David Dunt und Margaret Kelaher (2021). „Mechanisms and impact of public reporting on physicians and hospitals' performance: A systematic review (2000–2020)“. *PLOS ONE*. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0247297> (Download 2.10.2021).
- Reuter, Bastian (2020). „Public Reporting in der ambulanten Versorgung. Expertise zur rechtlichen Umsetzung“. Hrsg. Bertelsmann Stiftung. Gütersloh. <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/public-reporting-in-der-ambulanten-versorgung> (Download 2.10.2021).
- Sander, Uwe, Benjamin Kolb, Cathrin Christoph und Martin Emmert (2016). „Verständlichkeit der Texte von Qualitätsvergleichen zu Krankenhausleistungen“. *Das Gesundheitswesen* (78) 12. 828–834.
- Schreyögg, Jonas (2017). „Plädoyer für eine effektivere Nutzung der Datenbestände in Deutschland für Wissenschaft und Patienteninformation“. Hrsg. Hamburg Center for Health Economics. Hamburg. https://blog.der-digitale-patient.de/wp-content/uploads/sites/9/2017/11/PI%C3%A4doyer_Nutzung-Datenbest%C3%A4nde_Schrey%C3%B6gg_170118.pdf (Download 12.10.2021).
- Schwenk, Uwe, und Sebastian Schmidt-Kaehler (2016). „Public Reporting – Transparenz über Gesundheitsanbieter erhöht Qualität der Versorgung“. *SPOTLIGHT Gesundheit* Nr. 1. Hrsg. Bertelsmann Stiftung. Gütersloh. <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/spotlight-gesundheit-012016> (Download 10.10.2021).
- Schwinger, Antje, Susan Behrendt, Chysanthi Tsiasioti, Kai Stieglitz, Thorben Breitkreuz, Thomas G. Grobe und Jürgen Klauber (2018). „Qualitätsmessung mit Routinedaten in deutschen Pflegeheimen: Eine erste Standortbestimmung“. *Pflege-Report 2018 – Qualität in der Pflege*. Hrsg. Klaus Jacobs, Adelheid Kuhlmeij, Stefan Greß, Jürgen Klauber und Antje Schwinger. Berlin. doi:10.1007/978-3-662-56822-4
- Stjepanovic, Josip, und Stefan Etgeton (2018). „Jeder Vierte fürchtet, wegen fehlender Infos nicht den richtigen Arzt zu finden“. <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/themen/aktuelle-meldungen/2018/mai/jeder-vierte-fuerchtet-wegen-fehlender-infos-nicht-den-richtigen-artz-zu finden/> (Download 10.10.2021).
- Srotbek, Johannes (2022). „Qualitätstransparenz in Pflegeheimen. Große Unterschiede bei der Verbraucherinformation der Bundesländer“. *SPOTLIGHT Gesundheit* Nr. 1. Hrsg. Bertelsmann Stiftung. Gütersloh. <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/spotlight-gesundheit-qualitaetstransparenz-in-pflegeheimen> (Download 3.2.2022).
- Wingenfeld, Klaus, Stegbauer, Constance, Willms, Gerald, Voigt, Christian und Woitzik, Rebekka (2018). „Abschlussbericht: Darstellung der Konzeptionen für das neue Prüfverfahren und die Qualitätsdarstellung“ im Auftrag des Qualitätsausschusses Pflege. Bielefeld, Göttingen.

Impressum

© März 2022

Bertelsmann Stiftung
Carl-Bertelsmann-Straße 256
33311 Gütersloh
Telefon +49 5241 81-0
www.bertelsmann-stiftung.de

Verantwortlich
Uwe Schwenk

Lektorat
team 4media&event

Design
Dietlind Ehlers

Bildnachweis
© stock.adobe.com: Rostislav Sedlacek, RRF, Ariadna de Raadt, Alexander Rath, spotmatikphoto, jovannig, zinkevych, navee, Robert Poorten, Robert Kneschke

Adresse | Kontakt

Bertelsmann Stiftung
Carl-Bertelsmann-Straße 256
33311 Gütersloh
Telefon +49 5241 81-0

Dr. Stefan Etgeton
Senior Expert
Programm Gesundheit
Telefon +49 30 275788-316
stefan.etgeton@bertelsmann-stiftung.de

www.bertelsmann-stiftung.de