



# Public Reporting in der ambulanten ärztlichen Versorgung

Internationale Erfahrungen mit Maßnahmen zur  
Erhöhung der Qualitätstransparenz und Implikationen  
für Deutschland



# Public Reporting in der ambulanten ärztlichen Versorgung

Internationale Erfahrungen mit Maßnahmen  
zur Erhöhung der Qualitätstransparenz und  
Implikationen für Deutschland

Autoren

Dr. Martin Albrecht  
Dr. Richard Ochmann

Unter Mitarbeit von  
Jonas Kulla

# Inhalt

---

<b>1</b>	<b>Hintergrund und Zielsetzung</b>	<b>6</b>
<b>2</b>	<b>Länderauswahl</b>	<b>7</b>
<b>3</b>	<b>Daten und methodisches Vorgehen</b>	<b>8</b>
3.1	Daten	8
3.2	Methodisches Vorgehen	8
<b>4</b>	<b>Analyse der Public-Reporting-Systeme ausgewählter Länder</b>	<b>11</b>
<b>4.1</b>	<b>USA</b>	<b>11</b>
4.1.1	Institutioneller Rahmen	11
4.1.2	Überblick Public-Reporting-System	12
4.1.3	Veröffentlichung von Qualitätsdaten	15
4.1.4	Umsetzungs- und Wirkungsanalyse der Portale	24
<b>4.2</b>	<b>England</b>	<b>26</b>
4.2.1	Institutioneller Rahmen	26
4.2.2	Überblick Public-Reporting-System	27
4.2.3	Veröffentlichung von Qualitätsdaten	29
4.2.4	Umsetzungs- und Wirkungsanalyse der Portale	36
<b>4.3</b>	<b>Niederlande</b>	<b>37</b>
4.3.1	Institutioneller Rahmen	37
4.3.2	Überblick Public-Reporting-System	38
4.3.3	Veröffentlichung von Qualitätsdaten	42
4.3.4	Umsetzungs- und Wirkungsanalyse der Portale	48
<b>4.4</b>	<b>Dänemark</b>	<b>50</b>
4.4.1	Institutioneller Rahmen	50
4.4.2	Überblick Public-Reporting-System	50
4.4.3	Veröffentlichung von Qualitätsdaten	55
4.4.4	Umsetzungs- und Wirkungsanalyse der Portale	61

<b>5</b>	<b>Public Reporting zu Arztpraxen in Deutschland</b>	<b>63</b>
5.1	Maßnahmen der Qualitätssicherung und -förderung als Grundlage für ein Public Reporting	63
5.2	Darstellung von Qualität der ambulanten ärztlichen Versorgung	67
<b>6</b>	<b>Ableitung von Benchmarks und deren Übertragbarkeit</b>	<b>72</b>
6.1	Ableitung von Benchmarks	72
6.1.1	Länderübergreifende Ableitung von Benchmarks	72
6.1.2	Zusammenfassendes Fazit der Länderanalysen	78
6.2	Beurteilung der Übertragbarkeit für Deutschland	79
6.3	Fazit	84
<b>7</b>	<b>Anhang</b>	<b>87</b>
7.1	Übersicht einbezogener Portale	87
7.2	Abbildung von Qualitätsmerkmalen auf Public-Reporting-Portalen (länderübergreifend)	88
7.3	Verdichtung der Qualitätsmerkmale	90
<b>8</b>	<b>Literatur</b>	<b>91</b>
<b>9</b>	<b>Abbildungen und Tabellen</b>	<b>94</b>
9.1	Abbildungen	94
9.2	Tabellen	94
<b>10</b>	<b>Abkürzungen</b>	<b>96</b>
	Autoren	98
	Impressum	98

# 1 Hintergrund und Zielsetzung

---

Das Bewusstsein für Qualitätsunterschiede der gesundheitlichen Versorgung ist in der Bevölkerung mittlerweile weit verbreitet. Gemäß einer repräsentativen Umfrage von TNS Emnid im Auftrag der Bertelsmann Stiftung im Oktober 2015 gingen 54 Prozent der Befragten von eher starken bis sehr starken Qualitätsunterschieden zwischen Ärzten, Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen aus (Schwenk & Schmidt-Kaehler 2016). Für den Bereich der stationären Versorgung wurden bereits vor längerer Zeit die Grundlagen für qualitätsorientierte Leistungsvergleiche gelegt: Seit mehr als zehn Jahren sind Krankenhäuser in Deutschland gesetzlich dazu verpflichtet, in Form von sogenannten strukturierten Qualitätsberichten über ihre Strukturen, Leistungsangebote und Behandlungsergebnisse zu informieren. Ursprünglich im Zweijahresabstand, hat jedes zugelassene Krankenhaus einen solchen Bericht mittlerweile jährlich vorzulegen. Der Gemeinsame Bundesausschuss legt hierfür Inhalt, Umfang und Format fest (§ 136b Abs. 1 Nr. 3 SGB V). Die Informationen dieser Qualitätsberichte sind vor allem über Onlinesuchmaschinen nutzbar.

Für die ambulante ärztliche Versorgung gibt es bislang keine vergleichbaren Grundlagen zur Erhöhung der Qualitätstransparenz. Vor diesem Hintergrund hat die Bertelsmann Stiftung das IGES Institut mit einer Studie zum Public Reporting (PR) in der ambulanten ärztlichen Versorgung beauftragt, um der Frage nachzugehen, inwieweit Patientenerfahrungen im Kontext von Arztbewertungen sinnvoll durch weitere Qualitätsinformationen ergänzt werden könnten. In diesem Zusammenhang sollte zunächst der Blick in andere Länder gerichtet und geprüft werden, inwieweit dort weitergehende Maßnahmen zur Erhöhung der Qualitätstransparenz in der ambulanten ärztlichen Versorgung konkret geplant oder bereits umgesetzt werden.

Die Studie ist Teil eines Projekts der Bertelsmann Stiftung, das auf der Grundlage internationaler Erfahrungen ein konkretes Modellkonzept („Prototyp“) für ein Public Reporting im ambulanten ärztlichen Bereich in Deutschland entwickelt. Ausgehend von der Prämisse, dass Public-Reporting-Systeme geeignet sind, die medizinische Versorgung zu verbessern, soll aufgezeigt werden, wie ein solches System konkret ausgestaltet und wirksam sein kann. Als Grundlage für die Entwicklung eines Modellkonzepts wurde in einem ersten Schritt eine Studie zu Erfahrungen im Ausland mit Public-Reporting-Systemen für die ambulante ärztliche Versorgung durchgeführt. Bestandteil der Studie ist darüber hinaus ein Abgleich der hieraus gewonnenen Ansatzpunkte mit den bestehenden Realisierungsmöglichkeiten in Deutschland. Für die Analyse der internationalen Erfahrungen mit Public-Reporting-Systemen für die ambulante ärztliche Versorgung wurden Länder untersucht, die hinsichtlich der Qualitätstransparenz in der ambulanten Versorgung im Vergleich zu Deutschland bereits weitergehende Maßnahmen ergriffen haben. Das Ziel dabei war, Impulse für eine Erhöhung der Qualitätstransparenz in Deutschland zu gewinnen. Die Studie umfasst daher auch Ansatzpunkte und Voraussetzungen einer Übertragung der internationalen Erfahrungen auf den deutschen Kontext.

## 2 Länderauswahl

---

Für die Analyse sollten Länder ausgewählt werden, die im Vergleich zu Deutschland über ein grundsätzlich umfassenderes oder in Teilen weiterentwickeltes Public-Reporting-System für die ambulante ärztliche Versorgung im Sinne weitergehender Maßnahmen zur Erhöhung der Qualitätstransparenz verfügen. Ein Kriterium für die Auswahl war die Veröffentlichung von qualitätsrelevanten Daten auf Ebene einzelner Arztpraxen, für die es in Deutschland derzeit – abgesehen von Patientenbewertungen – keinen systematischen Ansatz gibt. Ein weiteres Kriterium war die Verfügbarkeit diverser Onlineportale, die diese veröffentlichten Daten nutzerfreundlich aufbereiten und damit Versicherten bei der Auswahl eines Arztes unterstützen.

Auf dieser Grundlage wurden die Länder USA, England, Dänemark und die Niederlande ausgewählt. In Bezug auf diese Länder ergab eine Vorabrecherche, dass die Public-Reporting-Strukturen dort für den ambulanten Bereich zumindest grundsätzlich Ansatzpunkte ergeben, die für eine Weiterentwicklung der Public-Reporting-Strukturen in Deutschland herangezogen werden könnten.

## 3 Daten und methodisches Vorgehen

---

### 3.1 Daten

Als Grundlage dieser Studie dienten Daten und Informationen zur Leistungsqualität von niedergelassenen Ärzten, die in den ausgewählten Ländern öffentlich zugänglich gemacht werden. Die Untersuchung konzentrierte sich dabei auf breit und schnell zugängliche Onlinepublikationsformate, typischerweise in Form von Portalen bzw. Plattformen („Public-Reporting-Portale“ oder „PR-Portale“). Eine Auflistung aller 40 einbezogenen Public-Reporting-Portale mit Internetlink findet sich in Anhang 7.1.

### 3.2 Methodisches Vorgehen

#### Recherche der Veröffentlichung von Qualitätsdaten

Es wurde eine breit angelegte Onlinerecherche von Public-Reporting-Portalen in den ausgewählten Ländern durchgeführt. In die weitere Analyse einbezogen wurden grundsätzlich solche PR-Portale, die den Versicherten bzw. Patienten in diesen Ländern eine Beurteilung der Qualität in der ambulanten ärztlichen Versorgung ermöglichen und/oder bei der Suche bzw. Auswahl eines niedergelassenen Arztes verwendet werden können und deren Zielstellung primär auf diese Punkte ausgerichtet ist. Weitere Anforderungen waren die Existenz einer Suchfunktion sowie eine umfassende (landesweite) Einbeziehung der Versorgungsangebote auch bezüglich unterschiedlicher Kostenträger bzw. Versicherer.

Die Portale wurden anhand ihrer Organisation unterschieden und in zwei Gruppen eingeteilt:

- „Staatliche“ Portale: Sie werden von öffentlich-rechtlichen Organisationen betrieben und veröffentlichen vornehmlich Daten, die auf gesetzlicher oder regulatorischer Grundlage erhoben und zentral gesammelt werden.
- „Private“ Portale: Sie haben einen privaten Betreiber und die von ihnen veröffentlichten Qualitätsdaten werden in der Regel über Patientenbefragungen und freiwillige Auskünfte von Leistungserbringern gesammelt.

Portale, die sich ausschließlich auf sehr spezifische Leistungsbereiche (z. B. von Fachgesellschaften) oder auf regional beschränkte Leistungen (z. B. nur für Versicherte einer bestimmten Region) beziehen, wurden nicht in die weitere Analyse einbezogen.

Portale, die nur Qualitätsinformationen für stationäre Einrichtungen enthalten, wurden ebenfalls nicht in die Analyse einbezogen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass im Unter-



TABELLE 1: **Analysierte Qualitätsmerkmale**

Strukturqualität	Prozessqualität	Ergebnisqualität
Eigenschaften der Arztpraxis	Leistungsverhalten des Arztes (Verordnungsverhalten etc.)	Behandlungserfolg
Lage	Kooperationen und Überweisungen (Koordination)	Patientenzufriedenheit
Anfahrt / Karte		Weiterempfehlungen durch andere Patienten
Barrierefreiheit	Kommunikation und Behandlungsgestaltung	objektive Daten zur Ergebnisqualität der Einrichtung
(moderne) Geräteausstattung	verständliche Aufklärung und Beratung	
Wartezeiten in der Praxis	weiterführende Hinweise auf verlässliche Information und Beratung	Hinweise auf Über- / Unterversorgung
Kontakt / Telefonnummer	Empathie und Wertschätzung des Arztes	Sonstiges (Auszeichnungen, die Praxen für einen besonderen Behandlungserfolg erhalten haben)
Terminvergabe	Einbeziehung in Entscheidungen	
Sauberkeit und Hygiene	Unterstützung / Angebot Zweitmeinung	
Praxisgestaltung (Ambiente / Entertainment)	Vermittlung von Diagnosen	
spezielles Leistungsangebot	transparente Kostenkommunikation	
Öffnungszeiten	Einschätzungen zur Freundlichkeit des Personals	
Sonstiges (persönliche Angaben des Arztes, Zulassungsnummer, Art der akzeptierten Krankenversicherung)	Wahrung der Intimsphäre	
Fachkompetenz des (ärztlichen) Personals und Leistungsangebot	Einsicht in Patientenunterlagen	
Facharztbezeichnung	Sonstiges (Kommunikation in Fremdsprachen, Patientenangabe zu Angemessenheit der Weiterbehandlung)	
Fortbildungen / Qualifikationen		
Schwerpunkte		
Berufs- / Behandlungserfahrung (seit wann zugelassen etc.)		
Zusatzqualifikationen		
Reputation des Arztes (Einschätzung durch andere Ärzte, Lebenslauf des Arztes etc.)		
Sonstiges (Fremdsprachenkenntnisse, Auftreten von Disziplinarverfahren)		
Leistungsangebot		
besondere Leistungen		
<b>Weitere Aspekte der Strukturqualität</b>		
digitale Angebote (Videosprechstunde, Onlineterminvereinbarung, vernetzte Praxis, digitale Einzelleistungen)		
Unabhängigkeit des Arztes (Verzicht auf Anwendungsbeobachtung und auf Zuwendungen durch Pharmafirmen)		
Patientenstruktur (Angaben zur Patientenstruktur nach Art der akzeptierten Art der Versicherung)		

Quelle: IGES auf Basis operationalisierter Patientenpräferenzen (Bertelsmann Stiftung)

schied zu Deutschland in anderen Ländern vergleichsweise öfter ambulante – insbesondere fachärztliche – Leistungen in Krankenhäusern erbracht werden, vor allem in Bezug auf die Niederlande und Dänemark. Angaben zu entsprechenden Fachärzten werden auf den PR-Portalen dieser Länder allerdings nicht nach ambulanten und stationären Leistungen differenziert ausgewiesen. Es ist also für den Patienten unklar, inwieweit sich die veröffentlichten Qualitätsmerkmale auf ambulante und auf stationäre Leistungen beziehen. Aus diesem Grund wurden die Angebote der PR-Portale, die sich auf fachärztliche Leistungen in Krankenhäusern beziehen, auch wenn diese in den genannten Ländern vorwiegend ambulant erbracht werden, nicht in die Analyse einbezogen.

#### **Strukturierung der Qualitätsmerkmale**

Im Rahmen der Analyse der Public-Reporting-Systeme (Abschnitt 4) wurde u. a. geprüft, inwiefern die dargestellten Systeme den Informationsbedürfnissen von Patienten in Deutschland entsprechen. Grundlage hierfür bildeten die vorliegenden Ergebnisse einer qualitativen Untersuchung zu patientenseitigen Suchstrategien und Präferenzen bei der Arztsuche, die von der Patientenprojekte GmbH für die Bertelsmann Stiftung als Fokusgruppenstudie mit 32 Teilnehmern aus vier deutschen Städten im April 2017 durchgeführt wurde (Vorstudie „Patientenpräferenzen in Deutschland“).<sup>1</sup> Auf Basis dieser Ergebnisse hat die Bertelsmann Stiftung die aus Nutzersicht relevanten Merkmale weitergehend operationalisiert. Die Analyse der Public-Reporting-Systeme hinsichtlich der nutzerrelevanten Merkmale im weiteren Verlauf dieser Studie basierte auf dieser Operationalisierung und bildete auch die Grundlage für die Strukturierung der Analyse nach Qualitätsmerkmalen (Abschnitt 4).

Die zugrunde gelegten 49 Qualitätsmerkmale werden im Folgenden gruppiert auf der ersten Ebene nach Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität und auf der zweiten Ebene nach Aspekten des jeweiligen Qualitätsbereichs in einer tabellarischen Übersicht dargestellt (Tabelle 1).

#### **Ableich von Patientenpräferenzen und Informationsangeboten**

Für die anschließende Prüfung, inwiefern die untersuchten Publikationsformate den Informationsbedürfnissen von Patienten entsprechen, wurde eine quantitative Analyse der veröffentlichten Datenangebote vorgenommen. Dabei wurde für jedes der 49 Qualitätsmerkmale ausgewertet, inwieweit die Portale der betrachteten Länder dazu jeweils Angaben enthalten. Eine Gewichtung der Qualitätsmerkmale (z. B. nach Wichtigkeit aus Sicht der Patienten) wurde dabei nicht vorgenommen.

1 Von den 32 Teilnehmern der Fokusgruppenstudie hatten 16 eine chronische Erkrankung.



## 4 Analyse der Public-Reporting-Systeme ausgewählter Länder

---

Die Analyse der Public-Reporting-Systeme der vier ausgewählten Länder umfasst – soweit verfügbar – jeweils Angaben dazu,

- welche Daten veröffentlicht werden,
- in welcher Form diese Daten zum Zweck der Qualitätstransparenz veröffentlicht werden,
- welche Institutionen in den Ländern für diese Daten bzw. die Datenveröffentlichungen jeweils maßgeblich zuständig sind,
- aus welchem Spektrum Indikatoren der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität (Einzelindikatoren) veröffentlicht werden und
- welchen Differenzierungsgrad die veröffentlichten Daten aufweisen (Prozeduren, Leistungen, Kosten, auf Regional- oder Arzzebene).

Vorweg wird zunächst eine kurze Darstellung des institutionellen Rahmens zum Gesundheitssystem des jeweiligen Landes gestellt. Die Rahmenbedingungen können Aufschluss über die Ausgestaltung der Public-Reporting-Systeme geben. So ist z. B. denkbar, dass sich in Ländern mit einem hohen Anteil des privaten Versicherungsmarktes (z. B. USA) öffentlich finanzierte Systeme (z. B. Medicare/Medicaid) einem vergleichsweise starken Legitimationsdruck ausgesetzt sehen, Details über ihre Mittelverwendung zu veröffentlichen. Des Weiteren kann ein hoher Anteil von finanziellen Eigenleistungen der Versicherten Hinweise auf unterschiedliche Informationsbedürfnisse geben.

---

### 4.1 USA

#### 4.1.1 Institutioneller Rahmen



Das US-amerikanische Gesundheitssystem zeichnet sich im internationalen Vergleich durch verhältnismäßig hohe Gesundheitsausgaben (9.900 US-Dollar<sup>2</sup> pro Kopf bzw. 17,2 Prozent des BIP in 2016) und gleichzeitig eine relativ geringe Häufigkeit von Arztbesuchen (4,0 je Einwohner in 2015) – bei einem geringen Anteil der Bevölkerung über 65 Jahre (15,2 Prozent in 2016) – aus.<sup>3</sup>

Aufgrund der Vielfältigkeit möglicher Krankenversicherungsformen zeigen sich in den USA große Unterschiede bei der Inanspruchnahme von ambulanten ärztlichen Leistungen und den Kriterien, die Versicherte bei der Arztwahl zugrunde legen. Ein zentraler Aspekt ist dabei oft der Umfang der Übernahme der Gesundheitsausgaben durch die Krankenversicherung.

<sup>2</sup> Gemessen in Kaufkraftparitäten.

<sup>3</sup> OECD 2017.

Die Finanzierung des öffentlichen Gesundheitssystems der USA erfolgt über Steuern sowie einkommensabhängige Beiträge der Arbeitgeber- und Arbeitnehmer. Der Anteil der öffentlichen Ausgaben betrug 4,8 Prozent der Gesamtausgaben im Gesundheitssystem (2014).<sup>4</sup> Im Jahr 2016 waren 9 Prozent der Amerikaner nicht krankenversichert – 20 Millionen weniger als im Jahr 2010.<sup>5</sup> 49 Prozent der Bevölkerung erhielten im Jahr 2016 Versicherungsschutz durch den Arbeitgeber. Die öffentlichen Programme deckten zusätzlich 33 Prozent der Bevölkerung ab, wobei 14 Prozent bei Medicare und 19 Prozent bei Medicaid versichert waren. Durch andere öffentliche Programme waren 2 Prozent der Amerikaner versichert. 7 Prozent waren Teil der „Non-Group Health Insurance“ und somit nur durch individuelle Krankenversicherungen abgedeckt.<sup>6</sup>

Viele der Medicare-Versicherten schließen optionale Zusatzversicherungen ab (Medicare Advantage), da nicht alle Behandlungen über das Medicare-System vollständig abgedeckt werden. Insgesamt trugen die Versicherten 51 Prozent (vgl. Deutschland 15 %) der Gesamtausgaben im US-Gesundheitssystem selbst in Form von „Out-of-pocket“-Zahlungen oder Beiträgen zu privaten Krankenversicherungen („voluntary health insurance“) (Jahr 2016).<sup>7</sup> Der vergleichsweise hohe Eigenanteil der Versicherten lässt vermuten, dass deren Informationsbedürfnisse besonders ausgeprägt sind.

Darüber hinaus ist das US-Gesundheitssystem von verhältnismäßig stark ausgeprägten Unterschieden beim Zugang zu Gesundheitsleistungen geprägt. 37 Prozent der US-Amerikaner geben an, aufgrund hoher Kosten zuletzt finanzielle Probleme bei der Leistung ihrer Zuzahlungen gehabt zu haben (Deutschland: 15 %)<sup>8</sup>, für 41 Prozent fiel die Zuzahlung mit mehr als 1.000 US-Dollar sehr hoch aus (Deutschland: 11 %). 23 Prozent waren unfähig bzw. hatten ernsthafte Probleme, ihre Zuzahlungen zu leisten (Deutschland: 7 %).<sup>9</sup>

Die Wartezeiten im US-amerikanischen Gesundheitssystem sind im internationalen Vergleich relativ kurz. 86 Prozent der Amerikaner gaben an, innerhalb von vier Wochen einen Facharzttermin erhalten zu haben (Deutschland 61 %).<sup>10</sup> Auch bei den Wartezeiten zeigen sich allerdings erhebliche Unterschiede je nach Versicherungsumfang und Höhe der geleisteten Zuzahlungen.

## 4.1.2 Überblick Public-Reporting-System

### Public Reporting im staatlich finanzierten Versicherungssystem

Im Zentrum der staatlich organisierten Aktivitäten im US-amerikanischen Public-Reporting-System stehen die „Centers for Medicare and Medicaid Services“ (CMS), die dem „Department of Health and Human Services“ (HHS) unterstellt sind. Im Rahmen des Medicare-/

4 <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.PUBL> (Download 04.10.2017).

5 <https://www.cdc.gov/nchs/data/nhis/earlyrelease/insur201705.pdf> (Download 04.10.2017).

6 „Health Insurance Coverage of the Total Population in 2016“. <https://www.kff.org/other/state-indicator/total-population/?currentTimeframe=0&sortModel=%7B%22collId%22:%22Location%22,%22sort%22:%22asc%22%7D> (Download 04.10.2017).

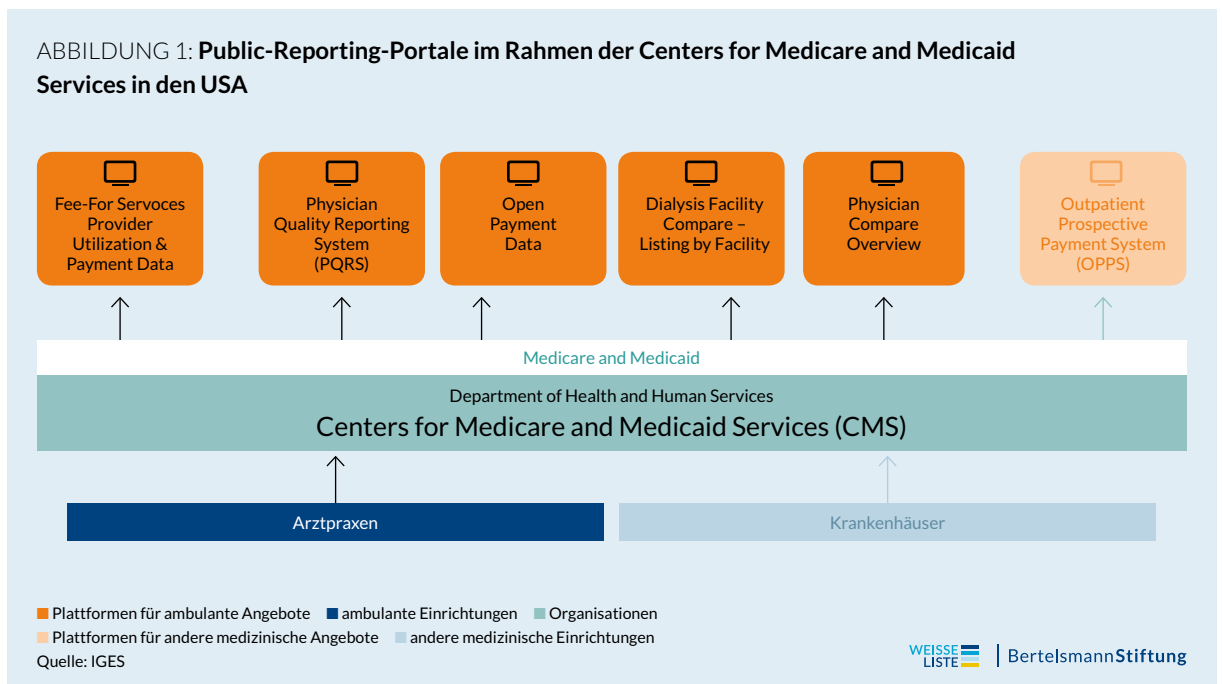
7 OECD – System of Health Accounts. Health spending (indicator). <http://dx.doi.org/10.1787/data-00349-en> (Download 09.10.2017).

8 Kostenbedingte Zugangsprobleme wurden analysiert anhand von Angaben zu „Rezept nicht eingelöst, trotz medizinischem Problem keinen Arzt aufgesucht und/oder empfohlene Behandlung nicht in Anspruch genommen“, Osborn & Schoen 2013.

9 Vgl. Osborn & Schoen 2013.

10 Vgl. Osborn et al. 2014.

ABBILDUNG 1: Public-Reporting-Portale im Rahmen der Centers for Medicare and Medicaid Services in den USA



Medicaid-Versicherungssystemen haben die CMS im Jahr 2014 erstmals umfassende arztbezogene Leistungs- und Abrechnungsdaten veröffentlicht.<sup>11</sup> Zuvor wurde gerichtlich ein Verbot der Veröffentlichung von ärztlichen Leistungsdaten aufgehoben. Dabei wurde das öffentliche Interesse an einer Datenveröffentlichung über das Interesse der Ärzte hinsichtlich einer Geheimhaltung ihrer personenbezogenen Daten gestellt.

Bei den „Medicare Provider Utilization and Payment Data“ (MPUPD) handelt es sich um Abrechnungs- und Leistungsdaten aus dem Medicare-System, durch deren Veröffentlichung das im internationalen Vergleich sehr teure amerikanische Gesundheitssystem transparenter, finanziell tragbarer und verantwortungsvoller gestaltet werden sollte. Die Anzahl an staatlichen Transparenzinitiativen, welche sich vor allem auf die Daten der staatlich-finanzierten Medicare- und Medicaid-Versicherungen stützt, hat in den letzten Jahren – sowohl bzgl. der Anzahl der Programme, als auch deren öffentlich zugängigem Inhalt – zugenommen. Hier sind z. B. die „Open Payment“-Daten über finanzielle Verbindungen zwischen verordnenden Ärzten und Herstellerfirmen, das „Physician Compare Overview“-Portal mit Informationen über die Leistungserbringer im Medicare-System sowie das „Physician Quality Reporting System“, mit dem Leistungserbringer dazu motiviert werden sollen, Informationen über ihre Leistungsqualität zu liefern, zu nennen (Abbildung 1).

Mit dem „Affordable Care Act“ (ACA) wurde zum Jahresende 2010 das „Physician Compare Overview“-Portal eingeführt, anhand dessen sich die Öffentlichkeit über die Leistungserbringer im Medicare-System informieren kann. Diese Plattform ist eine umfassende Darstellung relevanter Informationen, welche wie bereits dargestellt staatlich erarbeitet werden. Neben den üblichen Daten (Name, Adresse, Facharztbezeichnung etc.) zählen hierzu auch Angaben zur Ausbildung der Ärzte und Fachkompetenz, Leistungsangebot, Wartezeiten und Terminvergabe, Fremdsprachenkenntnisse sowie Hinweise zum Behand-

<sup>11</sup> <https://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Statistics-Trends-and-Reports/Medicare-Provider-Charge-Data/Physician-and-Other-Supplier.html> (Download 26.09.2017).

lungserfolg. Weiterhin können sich Patienten darüber informieren, ob die Ärzte die Medicare-Erstattungsbeträge akzeptieren oder ob zusätzliche Mehrkosten für Patienten anfallen und ob bzw. welche Verbindungen oder Zugehörigkeiten zu Krankenhäusern bestehen. Das Angebot wird um Qualitätsinformationen ergänzt, vor allem hinsichtlich der Erfüllung präventiver Leistungen.

Das „Physician Quality Reporting System“ (PQRS) dient der Qualitätssicherung in der Gesundheitsversorgung von Medicare-Patienten, wobei keine Ergebnisse im Einzelnen veröffentlicht werden. In Fällen, in denen Ärzte nicht am PQRS-Programm teilnehmen oder keine validen Daten liefern, gibt es Abzüge von der Vergütung. Sie belaufen sich auf 2 Prozent ab dem Jahr 2016 der geschätzten Summe der Abrechnungsbeträge für alle gemäß dem „Medicare Physician Fee Schedule“ (MPFS) erstattungsfähigen Leistungen, die während der Berichtsperiode erbracht wurden. Die Information darüber, ob eine Arztpraxis am PQRS teilnimmt und dort erfolgreich Qualität gemessen wird, wird auf dem „Physician Compare“-Portal veröffentlicht.

Für das Jahr 2018 ist geplant, das PQRS durch das „Medicare Electronic Health Record (EHR) Incentive Program“ zum „Merit-based Incentive Payment System“ (MIPS) auszubauen und unter dem „Quality Payment“-Programm zu vereinen.<sup>12</sup> Dabei werden Zahlungen von Medicare sukzessive von der Offenlegung und Rückmeldung von Qualitätsindikatoren der Praxen abhängig gemacht („Pay for Reporting“, P4R).<sup>13</sup> Zudem wird der „Value-Based Payment Modifier“ („Value Modifier“) ebenfalls unter dem „Quality Payment“-Programm vereint. Dabei werden die Zahlungen an niedergelassene Ärzte hinsichtlich der Qualität und der Kosten angepasst („Pay for Performance“, P4P).<sup>14</sup> Teilnehmende Arztpraxen erhalten individuelle Feedbackreports zur Validität der von ihnen erfassten Qualitätsmerkmale. Diese Reports ermöglichen es ihnen, die Qualität ihrer Behandlungsleistungen im Vergleich zu bestimmten Benchmarks selbst zu bewerten bzw. zu verbessern.

Über die Strukturen des CMS-Systems existieren in den USA weitere staatlich organisierte Angebote im Rahmen des Public Reporting, die Versicherte bei der Arztwahl nutzen können. Diese werden allerdings vorrangig von einzelnen Fachgesellschaften, Universitäten oder nur regional begrenzt angeboten und wurden daher nicht in die Analyse einbezogen. Auf den Seiten des „Medicare Plan Finders“ werden aggregierte Ergebnisse aus dem „Medicare Health Outcomes Survey“ (HOS), dem ersten im Rahmen von „Medicare Managed Care“ eingesetzten „Patient-Reported Outcomes Measure“ (PROM) veröffentlicht. In diesem Zusammenhang werden allerdings keine Daten auf Ebene einzelner Leistungserbringer dargestellt, weshalb das Angebot ebenfalls nicht in die weitere Analyse aufgenommen wurde.<sup>15</sup>

Die CMS-Plattform „Dialysis Facility Compare“ (DFC) veröffentlicht umfangreiche Behandlungsdaten (u. a. Laborparameter, Transfusionsraten und Mortalität), Daten zu Subgruppen von Patienten und Risikofaktoren für jeden Dialysestandort. Dieses Portal wurde – trotz der indikationsspezifischen Ausrichtung – aufgrund des umfangreichen Angebots an objektiven Qualitätsdaten und Suchfunktionen in die detailliertere Analyse einbezogen.

12 <https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/PQRS/Downloads/Understand2018MedicarePayAdjs.pdf> (Download 28.09.2017). <https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/PQRS/index.html> (Download 13.11.2017).

13 [https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/PQRS/Downloads/2018\\_PA\\_ResourceDocument.pdf](https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/PQRS/Downloads/2018_PA_ResourceDocument.pdf) (Download 28.09.2017).

14 <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/PhysicianFeedbackProgram/ValueBasedPaymentModifier.html> (Download 13.11.2017).

15 Vgl. <https://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Research/HOS/index.html> und [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) (Download 13.12.2017).



## Privat betriebene Public-Reporting-Angebote

Über die staatlich organisierten Public-Reporting-Portale (PR-Portale) hinaus existieren in den USA eine ganze Reihe an privat betriebenen PR-Angeboten. Diese haben sich u. a. das Ziel gesetzt, neben den im Rahmen der staatlichen Portale veröffentlichten, für die Versicherten aufgrund fehlender Aufbereitung relativ schwer zugänglichen Daten Informationen bereitzustellen, die die Patientenmündigkeit stärken und ihnen eine informationsbasierte Arztwahl ermöglichen. Dabei legen sie insbesondere Wert auf eine adressatengerechte Darstellung der Informationen sowie eine Einbeziehung der Patienten in Form von Bewertungsfunktionen bzw. Feedbacksystemen.

Für die vorliegende Analyse der Veröffentlichung von Qualitätsdaten wurden daher neben den staatlichen PR-Angeboten auch 14 privat betriebene PR-Portale einbezogen.

### 4.1.3 Veröffentlichung von Qualitätsdaten

#### 4.1.3.1 Überblick zentrale Portale und Qualitätsmerkmale

Zunächst wird ein Überblick über die zentralen Public-Reporting-Portale in den USA, die das umfangreichste Informationsangebot aufweisen, gegeben (Tabelle 2). Dabei wird zum einen dargestellt, welches Ziel die einzelnen Portale verfolgen und zum anderen, aus welcher Quelle die veröffentlichten Daten stammen bzw. wer Betreiber des Portals ist.

Die zentralen PR-Portale in den USA umfassen auf der einen Seite die staatlich betriebenen Angebote unter dem Dach der „Centers for Medicare and Medicaid Services“ (CMS). Von diesen weist das „Medicare Physician Compare“-Portal („Physician Compare“) als einziges das Ziel auf, neben der Schaffung von Qualitätsanreizen für Ärzte („Pay for Performance“, P4P) über die Bereitstellung von Informationen für die Arztwahl auch die Patientenmündigkeit zu stärken und eine Entscheidungshilfe bei der Arztwahl zu geben. Die Angaben dazu stammen von staatlichen Registrierungs- und Qualitätsdaten sowie Patientenbefragungen. Hingegen verfolgt das „Medicare Fee-For Service Provider Utilization & Payment Data“-Portal (MPUPD) vorrangig das Ziel, Transparenz über Zahlungen aus dem Medicare-System an Ärzte herzustellen, wobei keine Darstellung der Qualität der Leistungen erfolgt, und das „Open Payment Data“-Portal (OPD) hat eine Förderung der Transparenz von Zahlungen und Beteiligungen von Pharmaunternehmen an Ärzte und Krankenhäuser zum Ziel. Die Angaben auf diesen Portalen entstammen jeweils Abrechnungsdaten, die staatlich im Rahmen von Medicare erfasst werden.

Die Ziele der unter dem Dach der CMS organisierten PR-Portale lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Bereitstellung von Informationen für Patienten, welche Leistungserbringer im Einzelnen eine spezielle Behandlung regelmäßig durchführen und in welcher Höhe sie dafür Zahlungen aus dem Medicare-System erhalten
- Ermöglichen des Vergleichs der Leistungsqualität für Leistungsanbieter untereinander, sodass diese Anreize erhalten, die Qualität ihrer Leistungen – sowohl im Rahmen von „Pay for Performance“ (MIPS) als auch von „Pay for Reporting“ („Value Modifier“) – zu steigern

TABELLE 2: Überblick zentrale Public-Reporting-Portale in den USA

Portalname	Ziel	Betreiber	Datenherkunft	Internetlink
Medicare Physician Compare	Qualitätsanreize für Ärzte schaffen, Patientenmündigkeit (Entscheidungshilfe bei Arztwahl)	CMS	Staatliche Registrierungs- und Qualitätsdaten, Patientenbefragungen	<a href="http://www.medicare.gov/physiciancompare/">www.medicare.gov/physiciancompare/</a>
Medicare Fee-For Service Provider Utilization & Payment Data	Transparenz über Zahlungen von Medicare an Ärzte, keine Darstellung der Qualität der Leistungen, aber Angaben zur Strukturqualität	CMS	Abrechnungsdaten (staatlich erfasst über Medicare)	<a href="https://data.cms.gov/utilization-and-payment-explorer">https://data.cms.gov/utilization-and-payment-explorer</a>
Open Payment Data	Transparenz von Zahlungen von Pharmaunternehmen an Ärzte und Krankenhäuser	CMS	Abrechnungsdaten (staatlich erfasst über Medicare)	<a href="https://openpaymentsdata.cms.gov/search/physicians">https://openpaymentsdata.cms.gov/search/physicians</a>
AMA-doctorfinder	Arztwahl nach Verzeichnis und Aus/-Weiterbildung des Arztes	AMA	Fachgesellschaften / Leistungserbringer	<a href="https://apps.ama-assn.org/doctorfinder/home.jsp">https://apps.ama-assn.org/doctorfinder/home.jsp</a>
healthgrades	Stärkung der Patientenmündigkeit (Entscheidungshilfe bei Arztwahl)	Healthgrades*	Bewertungen, z. T. Leistungserbringer (Herkunft nicht immer eindeutig, vermutlich überwiegend staatlich erfasst)	<a href="http://www.healthgrades.com">www.healthgrades.com</a>
ratemds		RateMDs Inc.*	Bewertungen, z. T. Leistungserbringer (staatlich erfasst)	<a href="http://www.ratemds.com">www.ratemds.com</a>
vitals		Vitals*	Bewertungen, z. T. Leistungserbringer (staatlich erfasst), externe Prüfung	<a href="http://www.vitals.com">www.vitals.com</a>
zocdoc		Zocdoc Inc.*	Bewertungen, Leistungserbringer	<a href="http://www.zocdoc.com">www.zocdoc.com</a>
caredash		Caredash*	Bewertungen, z. T. Leistungserbringer (nicht immer eindeutig, vermutlich überwiegend staatlich erfasst)	<a href="http://www.caredash.com">www.caredash.com</a>

\* Privater Betreiber.

Quelle: IGES auf Basis von veröffentlichten Daten der PR-Portale

- Unterstützen des Monitorings der Versorgung bzw. des Aufdeckens eventueller Versorgungsdefizite für Verantwortliche aus dem Medicare-System

Darüber hinaus betreibt die American Medical Association (AMA) auf Basis von Daten der Fachgesellschaften bzw. Leistungserbringer das „AMA-doctorfinder“-Portal, das eine Arztauswahl nach dem primären Kriterium der Qualifikation des Arztes zum Ziel hat.

Auf der anderen Seite umfassen die zentralen PR-Portale in den USA auch eine Reihe privat betriebener Portale. Diese verfolgen allesamt das Ziel, die Patientenmündigkeit über die Bereitstellung von Informationen für die Arztsuche zu stärken. Die Datenherkunft ist bei diesen Portalen den Angaben nicht immer eindeutig zu entnehmen, in der Regel dürfte es sich allerdings um eine Kombination aus staatlich erfassten Daten der Leistungserbringer und aus im Rahmen von Bewertungen durch Patienten erhobenen Daten handeln.

Für die zuvor beschriebenen zentralen PR-Portale wird dargestellt, zu welchen Qualitätsmerkmalen sie im Wesentlichen Daten veröffentlichen, wobei an dieser Stelle der Fokus auf Unterschiede zwischen den Portalen gelegt wird (Tabelle 3).

Dazu wurde die Auswahl ein weiteres Mal eingeschränkt auf solche Portale, die am stärksten auf die Entscheidungshilfe zur Arztwahl ausgerichtet sind und zwischen denen sich die größten Unterschiede erkennen lassen.



TABELLE 3: Überblick Qualitätsmerkmale auf zentralen Public-Reporting-Portalen in den USA

Portalname	Strukturqualität			Prozessqualität		Ergebnisqualität
	Arztpraxis	Fachkompetenz / Leistungsangebot	Weitere Aspekte	Kommunikation	Leistungsverhalten	Behandlungserfolg
Medicare – Physician Compare	Wartezeit, Terminvergabe, Kooperationen, Praxisdarstellung	Aus- & Weiterbildung, Anstellungen	Kostentransparenz, Akzeptanz von Medicare	u. a. Kommunikation zwischen Konsultationen	Beteiligung an staatlichen Qualitätsinitiativen	staatliche Leistungsbewertung, v.a. Verordnung präventiver Leistungen und bei Volkskrankheiten; Patientenbewertungen
healthgrades	Wartezeit*, Terminvergabe**, Privatsphäre*	Erfahrung**, Auszeichnungen & Publikationen**, behandelte Erkrankungen**)	Angabe einer Behandlungsphilosophie**	Erklärungen*, Vertrauen*, Freundlichkeit des Teams*	-	Angabe von Sanktionen/ Beschwerden, Freitexteingabe**
vitals	Wartezeit*, Terminvergabe*	Erfahrung**, Auszeichnungen & Publikationen**, Arbeitsorte**, Erläuterungen zum Facharztstitel	u. a. Sprache und Freitexteingabe möglich**	verbrachte Zeit*	akzeptierte Versicherungen*	Patientenbewertungen (u. a. Diagnosequalität, Qualität der Anschlussbehandlung)*
zocdoc	-	Aus- & Weiterbildung**, Zertifizierungen**	Onlineterminbuchung**	allgemeine Bewertung*	Auftreten/ Erscheinung**	Patientenbewertungen*
caredash	Wartezeit, Terminvergabe*	Zulassungsnummer, ggf. Arzt vorliegende Beschwerdeverfahren	erhaltene Zahlungen von Pharmaunternehmen	Aufklärung*, Empathie*	-	Patientenbewertungen*, Freitexteingabe*

\* Angaben wurden durch Patientenbewertungen generiert.  
\*\* Angaben liegen vor, wenn Arzt als Nutzer registriert ist, das Portal nutzt und Angaben dazu macht.  
Quelle: IGES auf Basis von veröffentlichten Daten der PR-Portale

Unter den staatlichen Portalen konzentriert sich das Angebot mit Ziel der Stärkung der Patientenmündigkeit auf das „Medicare Physician Compare“-Portal. Dieses zeichnet sich dadurch aus, dass – über die gängigen Angaben zur Strukturqualität hinaus – auch Informationen bereitgestellt werden zum einen zur Beteiligung an staatlichen Qualitätsinitiativen (Prozessqualität) und zum anderen zum Behandlungserfolg (Ergebnisqualität) gemessen anhand eines staatlichen Leistungsbewertungssystems, bei dem u. a. das Verordnungsverhalten im Zusammenhang mit präventiven Maßnahmen gemessen wird.

Die verbreiteten Angaben zur Lage und Ausstattung der Arztpraxis sowie zur Fachkompetenz des (ärztlichen) Personals (Strukturqualität) werden auch – mit geringfügig unterschiedlichen Indikatoren im Einzelnen – auf den zentralen privat betriebenen PR-Portalen veröffentlicht. Zum Leistungsspektrum bzw. Leistungsverhalten des Arztes (Prozessqualität) finden sich auf diesen Portalen verhältnismäßig wenige Angaben. Die Informationen zum Behandlungserfolg (Ergebnisqualität) beruhen bei den privaten Portalen überwiegend auf Auskünften von Patienten, die diese im Rahmen von Bewertungssystemen abgeben haben.

Im Folgenden wird die Analyse auf das gesamte Spektrum an 19 identifizierten PR-Portalen in den USA ausgeweitet.

### 4.1.3.2 Quantitative Auswertung Qualitätsmerkmale

#### Strukturqualität

Die zentralen Informationen zur Strukturqualität der medizinischen Leistungen in Bezug auf die Arztpraxis sind mit Lage/Adresse, Anfahrtsbeschreibung und Telefonnummer bei annähernd allen Portalen in den USA verfügbar (Tabelle 4). Diese beruhen zumeist auf staatlichen Registrierungsdaten, wobei allerdings insbesondere bei privaten Portalen nicht immer explizit auf die Datenherkunft hingewiesen wird. Die Adressinformation wird bei der überwiegenden Mehrheit der Portale in Form einer Landkarte dargestellt.

Zu allen weiteren Merkmalen im Hinblick auf praxisbezogene Aspekte sind weitaus seltener Daten auf den US-amerikanischen Portalen veröffentlicht. Oft sind es nur bis zu drei Portale (17 Prozent aller Portale), die weitere Angaben zur Arztpraxis zur Verfügung stellen. Bemerkenswert ist v. a. im Vergleich zu den anderen untersuchten Ländern das Fehlen von Informationen zur Barrierefreiheit der Praxis auf allen Portalen. Die Informationen zur Terminvergabe basieren, mit Ausnahme von „Physician Compare“, auf der Angabe, ob Termine generell verfügbar sind bzw. neue Patienten angenommen werden.

Die Angaben zu der Sauberkeit und der Praxisgestaltung beruhen allesamt ausschließlich auf Patientenbefragungen durch private Portale. Darüber hinaus werden vereinzelt auch Informationen zur Registrierungsnummer des Arztes, Fotos der Ärzte, Angaben zum Geschlecht der Ärzte und zur Form der akzeptierten Versicherung gemacht (Kategorie „Sonstiges“).

Ein weiterer relevanter Aspekt der Strukturqualität ist die Fachkompetenz des (ärztlichen) Personals, insbesondere im stark von privaten Zuzahlungen geprägten US-amerikanischen

TABELLE 4: Abbildung von Aspekten mit Bezug zur Arztpraxis auf Public-Reporting-Portalen in den USA

Qualitätsaspekt	Anzahl der Portale mit veröffentlichten Daten zum Qualitätsaspekt	Anteil an allen Portalen
Lage	18	95%
Kontakt / Telefonnummer	16	84%
Anfahrt / Karte	15	79%
Sonstiges	8	44%
Wartezeiten in der Praxis	8	42%
Terminvergabe	5	26%
spezielles Leistungsangebot	4	21%
Öffnungszeiten	3	16%
Sauberkeit und Hygiene	3	16%
Praxisgestaltung (Ambiente / Entertainment)	1	5%
(moderne) Geräteausstattung	1	5%
Barrierefreiheit	0	0%

Sonstiges: Foto des Arztes, Geschlecht des Arztes, Zulassungsnummer des Arztes, Hinweis auf Art der Krankenversicherung, die akzeptiert wird.  
 Quelle: IGES auf Basis von veröffentlichten Daten der PR-Portale

**TABELLE 5: Abbildung der Fachkompetenz des Personals und des Leistungsverhaltens auf Public-Reporting-Portalen in den USA**

Qualitätsaspekt	Anzahl der Portale mit veröffentlichten Daten zum Qualitätsaspekt	Anteil an allen Portalen
Facharztbezeichnung	17	94%
Fortbildungen/Qualifikationen	12	67%
Berufs-/Behandlungserfahrung (seit wann zugelassen etc.)	11	61%
Schwerpunkte	8	44%
Reputation des Arztes (Einschätzung durch andere Ärzte, Lebenslauf des Arztes etc.)	8	44%
Sonstiges	8	44%
Leistungsangebot	7	39%
besondere Leistungen	5	28%
Zusatzqualifikationen	4	22%

Sonstiges: Fremdsprachenkenntnisse, Auftreten von Disziplinarverfahren  
Quelle: IGES auf Basis von veröffentlichten Daten der PR-Portale

Gesundheitssystem. Knapp die Hälfte der US-Amerikaner gibt an, dass ihr die Anzahl der Jahre an Berufserfahrung bei der Wahl eines Hausarztes sehr wichtig ist.<sup>16</sup>

Entsprechend ausgeprägt ist die Darstellung der Fachkompetenz, Qualifikation und Reputation des (ärztlichen) Personals auf den PR-Portalen (Tabelle 5). Neben der Facharztbezeichnung, die auf annähernd allen Portalen zu finden ist (94%), werden dabei besonders oft Angaben zur beruflichen Qualifikation und absolvierten Fortbildungen (67%) sowie zur Berufs- bzw. Behandlungserfahrung (61%) gemacht. Etwas seltener finden sich Informationen zu Tätigkeitsschwerpunkten, zur Reputation des Arztes und zu weiteren Aspekten der Fachkompetenz des Personals (jeweils 44%), wie Fremdsprachenkenntnisse und Auftreten von Disziplinarverfahren.

Zu nennen sind in diesem Zusammenhang die ausführlichen Darstellungen der universitären Ausbildung, der Weiterbildungen sowie der erworbenen Zertifikate und Auszeichnungen auf den vergleichsweise stark frequentierten Portalen „vitals“, „zocdoc“ und „healthgrades“.

Zum Leistungsangebot der Ärzte/Praxen finden sich immerhin auf 39 Prozent der US-amerikanischen Portale zum Teil sehr detaillierte Angaben zu den angebotenen und mitunter auch zu den abgerechneten Leistungen sowie verordneten Arzneimitteln im Einzelnen. So vermittelt z. B. die CMS-Plattform in Bezug auf die Medicare- und Medicaid-Versicherten einen detaillierten Einblick in die Art und den Umfang an verordneten Arzneimitteln nach Einzelsubstanzen und macht eine Angabe zum Anteil der verordneten Generika. Das staatliche „Physician Compare“-Portal bspw. setzt ein Fünf-Sterne-System ein mit Strukturdaten zu präventiven Leistungen und deren Verordnung, wie z. B. Impfungen oder Screenings.

Der „Medicare Fee-For Service Provider Utilization & Payment“-Datensatz (von CMS) enthält Leistungs- und Abrechnungsdaten zu einzelnen Leistungserbringern. In diesem

<sup>16</sup> <https://www.usatoday.com/story/news/nation/2014/02/18/online-doctor-ratings/5582257/>  
(Download 28.09.2017).

Datensatz können individuelle Leistungserbringer anhand ihres Namens, ihres geographischen Standorts (Adresse) und anhand ihrer fachlichen Spezialisierung identifiziert werden. Zu jedem individuellen Leistungserbringer werden Leistungshäufigkeiten (auf Basis von Prozedurencodes), Patientenzahl, in Rechnung gestellte und im Rahmen von Medicare gezahlte Leistungsvergütungen (mit/ohne Zusatzversicherungen und Selbstbehalte) angegeben. Abrufbar sind somit Informationen darüber, welche Leistungen in welcher Häufigkeit an wie vielen Patienten erbracht wurden. Die Daten werden aus den Abrechnungsdaten der Ärzte extrahiert, sodass den Ärzten keine Mehrbelastung durch zusätzliche Dokumentationen entsteht.

Der Datensatz ermöglicht es, die Leistungshäufigkeiten und Vergütung zwischen einzelnen Ärzten zu vergleichen sowie einen Einblick in die Patientenstruktur durch Alter, Geschlecht und Ethnie zu gewinnen. Die CMS weisen auf folgende Einschränkungen bezüglich der Aussagekraft der Daten hin:

- Die Daten erfassen nicht das gesamte Leistungsspektrum einer Arztpraxis, sondern nur Leistungen für Medicare-Patienten mit „Part-B“-Versicherungsschutz („Fee-For-Service Physician Coverage“), wenn diese für mehr als zehn Patienten (je Arztpraxis) erbracht wurden.
- Anhand der Daten lassen sich keine Aussagen zur Behandlungsqualität treffen.
- Die Daten sind nicht risikoadjustiert im Hinblick auf mögliche Unterschiede der Krankheitsschweregrade der Patienten.
- Die Zahl- bzw. Erstattungsbeträge können aus einer Reihe von unterschiedlichen Gründen voneinander abweichen, darunter z. B. auch, dass Medicare seine Vergütungen auf Basis regionaler Unterschiede der Lebenshaltungskosten adjustiert oder Zahlungen reduziert, wenn mehrere Leistungen für einen Patienten am selben Tag erbracht wurden.

Im Rahmen der „Medicare Provider Utilization and Payment Data“ werden des Weiteren auch detaillierte Daten über Häufigkeit und Kosten von Arzneimittelverschreibungen für Medicare-Versicherte veröffentlicht. Der umfassende Datensatz ist auf der CMS-Website öffentlich zugänglich, Daten können auf unterschiedlichen Aggregationsniveaus bzw. in unterschiedlicher Detaillierungstiefe angesehen und in verschiedenen Formen heruntergeladen werden. Auf Ebene der einzelnen Arztpraxen bzw. Leistungserbringer enthalten die Daten in der größten Detaillierungstiefe für jedes verordnete Arzneimittel die Anzahl der Verordnungen, die Anzahl der Patienten und die Arzneimittelkosten. Der Datensatz soll ein breites Spektrum an Analysemöglichkeiten zum Bereich Arzneimittelverschreibungen eröffnen, z. B. über die Unterschiede im Verschreibungsverhalten zwischen den einzelnen ärztlichen Fachgruppen oder über regionale Variationen der Generikaquoten.

Darüber hinaus enthalten die Portale vereinzelt Angaben zu besonderen Leistungen der Ärzte, wie z. B. Screening-Ratings für einzelne Einrichtungen (28 Prozent der Portale) und der Möglichkeit, Arzneimittelverordnungen über die „electronic health insurance card“ abzurechnen.

Darüber hinaus werden auf den Portalen vereinzelt Daten zu weiteren Aspekten der Strukturqualität veröffentlicht. Dabei werden z. B. einzelne Leistungen im Rahmen des digitalen Angebots aufgeführt (28% der Portale), oder es ist eine Onlineterminvergabe möglich (11%) (Tabelle 6).

TABELLE 6: **Abbildung von weiteren Aspekten der Strukturqualität auf Public-Reporting-Portalen in den USA**

Qualitätsaspekt	Anzahl der Portale mit veröffentlichten Daten zum Qualitätsaspekt	Anteil an allen Portalen
<b>Digitale Angebote</b>		
Darstellung einzelner Leistungen	5	28%
Onlineterminvereinbarung	2	11%
Videosprechstunde	1	6%
Sonstiges	1	6%
vernetzte Praxis	1	5%
<b>Unabhängigkeit des Arztes</b>		
Sonstiges	4	22%
Verzicht auf Anwendungsbeobachtung	3	17%
Verzicht auf pharmafinanzierte Fortbildungen	3	17%
Verzicht auf Muster / Geschenke / Zuwendungen durch Pharmafirmen	3	17%
<b>Patientenstruktur</b>		
Angaben zur Patientenstruktur nach Art der akzeptierten Art der Versicherung (z. B. Medicare, Medicaid)	9	50%
Sonstige Inhalte zur Unabhängigkeit des Arztes: detaillierte Auflistung der von Pharmaunternehmen oder anderen Geldgebern erhaltenen Zahlungen. Quelle: IGES auf Basis von veröffentlichten Daten der PR-Portale		

Einige wenige Portale stellen Angaben zur Unabhängigkeit des Arztes zur Verfügung.<sup>17</sup> Dabei handelt es sich zum einen um die Angabe, ob ein Arzt erklärt, auf Zuwendungen bzw. Fortbildungen durch Pharmaunternehmen generell zu verzichten, und zum anderen um die detaillierte Auflistung der von Pharmaunternehmen oder anderen Geldgebern erhaltenen Zahlungen (Angabe durch 17 Prozent der Portale). Auf dem „caredash“-Portal findet sich eine detaillierte Auflistung der privaten unternehmensbezogenen Zahlungen nach Art der Leistung (Vortragshonorare, Beratungstätigkeit, Reisekosten, Verpflegung etc.).

Im Zusammenhang mit dem „Affordable Care Act“ (ACA) wurden die Erhebungs- und Veröffentlichungspflichten an die Portale der CMS wesentlich erweitert. Dies betraf u. a. Daten von Arznei- und Medizinprodukteherstellern, Angaben, inwieweit deren Produkte von Medicare oder Medicaid erstattet werden, sowie Zahlungen an Ärzte und Lehrkrankenhäuser. Die erhobenen „Open Payment“-Daten umfassen unterschiedliche Formen von finanziellen Beziehungen bzw. Zuwendungen.<sup>18</sup> Ziel der Veröffentlichung dieser Daten ist es, Transparenz über Art und Ausmaß solcher finanziellen Verbindungen herzustellen und ggf. unangemessene Einflussnahmen auf Forschung, Lehre und klinische Entscheidungen zu verhindern. Des Weiteren sollen Patienten ermuntert werden, über bestehende finanzielle Verbindungen mit ihren Ärzten zu diskutieren. Anbieter von Gesundheitsleistungen

17 Die Unabhängigkeit der Ärzte wird in den USA generell durch die Angabe der Daten des „Affordable Care Acts“ gewährleistet.

18 Insgesamt verwendet CMS 16 Unterkategorien: Beratungsgebühren, Vergütungen für andere Leistungen (bspw. Vorträge), Honorare, Geschenke, Einladung zu Veranstaltungen (z. B. kultureller Art), Essen und Getränke, Reisen und Unterkunft, Fort- und Weiterbildung, Forschungsgelder, Spenden und Lizenzgebühren, Anteils- oder Investitionszuwendungen, Vergütung für Unterstützung nicht zertifizierter oder akkreditierter Bildungsprogramme, Stipendien und Mietzahlungen. <https://www.cms.gov/openpayments/about/natures-of-payment.html> (Download 28.09.2017).

und Hersteller sollen sich ebenfalls informieren können und überprüfen, ob die sie betreffenden Angaben korrekt sind, um sich auf evtl. Patientenfragen vorbereiten zu können.

Auf der Hälfte der Portale (50 %) werden schließlich im Zusammenhang mit der Strukturqualität auch Angaben zur Patientenstruktur der Ärzte veröffentlicht. Diese beziehen sich überwiegend auf die Auflistung der akzeptierten Art der Krankenversicherung (z. B. Medicare, Medicaid) und vereinzelt auf das regionale Einzugsgebiet der Praxen (Patientenwohntort).

### Prozessqualität

Im Zusammenhang mit der Prozessqualität bilden die Portale zum einen Aspekte des Leistungs- und Koordinationsverhaltens der niedergelassenen Ärzte ab (Tabelle 7). Hierzu finden sich nur auf drei Portalen Angaben zum Koordinationsverhalten (16 %) und auf zwei Portalen Angaben zum Leistungsverhalten (11 %).

Zum anderen lassen sich den Portalen im Zusammenhang mit der Prozessqualität Angaben zur Kommunikation und zur Behandlungsgestaltung des (ärztlichen) Praxispersonals entnehmen (Tabelle 8). Diese Angaben finden sich oftmals auf privaten Portalen, die diese in der Form von Patientenbefragungen bei ihren Nutzern erheben.

**TABELLE 7: Abbildung von Aspekten des Leistungs- und Koordinationsverhaltens auf Public-Reporting-Portalen in den USA**

Qualitätsaspekt	Anzahl der Portale mit veröffentlichten Daten zum Qualitätsaspekt	Anteil an allen Portalen
Kooperationen und Überweisungen (Koordination)	3	16 %
Leistungsverhalten (Verordnungsverhalten etc.)	2	11 %
Quelle: IGES auf Basis von veröffentlichten Daten der PR-Portale		

**TABELLE 8: Abbildung von Aspekten der Kommunikation und Behandlungsgestaltung auf Public-Reporting-Portalen in den USA**

Qualitätsaspekt	Anzahl der Portale mit veröffentlichten Daten zum Qualitätsaspekt	Anteil an allen Portalen
Einschätzungen zur Freundlichkeit des Personals	7	39 %
Sonstiges	7	39 %
Empathie und Wertschätzung des Arztes	6	33 %
Verständliche Aufklärung und Beratung	5	28 %
weiterführende Hinweise auf verlässliche Information und Beratung	5	28 %
Vermittlung von Diagnosen	5	28 %
Wahrung der Intimsphäre	3	16 %
transparente Kostenkommunikation	2	11 %
Einsicht in Patientenunterlagen	1	5 %
Einbeziehung in Entscheidungen	0	0 %
Unterstützung / Angebot Zweitmeinung	0	0 %
Sonstiges: Anbieten von Kommunikation in Fremdsprachen durch das (ärztliche) Personal, Angabe durch Patienten, ob eine angemessene Weiterbehandlung der Krankheit erfolgt ist. Quelle: IGES auf Basis von veröffentlichten Daten der PR-Portale		

Auf dieser Grundlage sind bei einer relativ geringen Anzahl an Portalen Angaben zu diversen Merkmalen des Kommunikationsverhaltens und der Behandlungsgestaltung verfügbar. Diese umfassen die aus Sicht der Patienten eingeschätzte Verständlichkeit der Beratung (28%), Empathie und Wertschätzung des Arztes (33%), Vermittlung von Information zu Diagnosen (28%) und Freundlichkeit des Personals (39%). Die Angabe, inwieweit die Ärzte mit der Behandlung verbundene Kosten transparent kommunizieren, ist nur selten auf Portalen veröffentlicht (11%).

### Ergebnisqualität

Im Zusammenhang mit der Ergebnisqualität finden sich auf den Portalen Merkmale zum Behandlungserfolg. Diese lassen sich unterteilen in zum einen eine objektiv festgestellte Einschätzung der Ergebnisqualität bzw. Versorgungssituation und zum anderen einen subjektiven, aus Sicht des Patienten eingeschätzten Behandlungserfolg. Zu Letzterem sind auf immerhin 53 Prozent der – zumeist privaten – Portale Angaben zu Weiterempfehlungen durch andere Patienten bzw. zur Patientenzufriedenheit mit der Behandlung (42%) verfügbar (Tabelle 9).

**TABELLE 9: Abbildung von Aspekten des Behandlungserfolgs auf Public-Reporting-Portalen in den USA**

Qualitätsaspekt	Anzahl der Portale mit veröffentlichten Daten zum Qualitätsaspekt	Anteil an allen Portalen
Weiterempfehlungen durch andere Patienten	10	53%
Patientenzufriedenheit	8	42%
objektive Daten zur Ergebnisqualität der Einrichtung	4	22%
Sonstiges	4	22%
Hinweise auf Über- / Unterversorgung	3	16%

Sonstiges: u. a. Angaben über Auszeichnungen, die Praxen für einen besonders großen Behandlungserfolg erhalten haben, Behandlungsfehler und Beschwerden  
Quelle: IGES auf Basis von veröffentlichten Daten der PR-Portale

Angaben zu einer objektiv eingeschätzten Ergebnisqualität finden sich hingegen nur bei 22 Prozent der Portale, dies sind vor allem die staatlichen Portale im Rahmen von CMS, die über solche Daten verfügen. Diese objektiven Qualitätsangaben beziehen sich überwiegend auf Surrogatparameter im ambulanten Bereich, die von den staatlichen Portalen im Rahmen von CMS ermittelt und dargestellt werden. So veröffentlicht z. B. das patientenorientierte „Physician Compare“-Portal für einzelne Leistungserbringer Raten zu Impfungen, Screenings und weiteren Vorsorgeleistungen.<sup>19</sup>

Hinweise auf eine Über- bzw. Unterversorgung in Bezug auf das ärztliche Behandlungsgeschehen werden nur bei 16 Prozent der untersuchten Portale der USA veröffentlicht. Diese

19 Daten zu Vorsorgeleistungen bzw. Früherkennungsmaßnahmen können gemäß international verwendeter Kategorisierung dem Bereich „Effectiveness“ (Wirksamkeit) zugeordnet werden (Ausmaß, in dem eine medizinische Behandlung das gewünschte Ziel herbeiführt). Allerdings beziehen sich die Qualitätsindikatoren zu präventiven Leistungen innerhalb dieses Bereichs (wie z. B. erreichte Impfraten) überwiegend auf Prozesse. Die quantitativen Ergebnisse der Länderanalyse (Anteil Portale mit Datenveröffentlichungen) ändern sich nicht wesentlich, wenn Daten über Vorsorgeleistungen bzw. Früherkennungsmaßnahmen hier alternativ der Prozessqualität zugeordnet werden würden. Der Grund dafür ist, dass die wenigen Portale, die Daten über Vorsorgeleistungen bzw. Früherkennungsmaßnahmen veröffentlichen, darüber hinaus i. d. R. Daten zu weiteren ähnlichen Indikatoren veröffentlichen, die eindeutig der Ergebnis- bzw. der Prozessqualität zugeordnet werden können. Damit werden die Portale bei diesen Indikatoren ohnehin „gezählt“, unabhängig von der Zuordnung von Daten über Vorsorgeleistungen bzw. Früherkennungsmaßnahmen zur Prozess- oder Ergebnisqualität.

Angaben beschränken sich im ambulanten Bereich dabei vorwiegend auf Leistungen der Prävention, Früherkennung und Impfung.

#### 4.1.3.3 Differenzierungsgrad der Qualitätsdaten

In der Regel werden die Qualitätsdaten in den USA durch die Portale auf Ebene der einzelnen Leistungserbringer (niedergelassene Ärzte) veröffentlicht und sind damit den einzelnen Leistungserbringern namentlich zuzuordnen. Über die ebenfalls veröffentlichten Adressdaten der Leistungserbringer lässt sich somit auch eine Differenzierung nach Regionen vornehmen (z. B. Filterung aller Frauenärzte im Stadtgebiet von Los Angeles).

Auf vielen Portalen werden die Qualitätsdaten auch differenziert nach Einzelleistungen veröffentlicht, es ist also zu entnehmen, wie oft ein bestimmtes Arzneimittel von Ärzten (in einem bestimmten Zeitraum und in einer bestimmten Region) verordnet wurde. Dies trifft in erster Linie auf die staatlich organisierten Portale in den USA zu, die vornehmlich die Erhöhung der Transparenz beim Leistungs- und Abrechnungsgeschehen der Ärzte als Ziel verfolgen.

#### 4.1.4 Umsetzungs- und Wirkungsanalyse der Portale

Das US-amerikanische Public-Reporting-System befindet sich bereits in einem vergleichsweise fortgeschrittenen Entwicklungsstadium. In den vergangenen Jahren hat es bereits einige Erweiterungen des Systems gegeben, Erfahrungen mit der Wirkung des PR-Systems konnten mittlerweile über einen Zeitraum von mehreren Jahren gesammelt werden.

##### Umsetzung der mit den PR-Portalen verfolgten Ziele

In Bezug auf die staatlichen PR-Portale in den USA kann festgestellt werden, dass diese ihr primäres Ziel, Transparenz über Zahlungsströme (Zahlungen, die Ärzte aus dem Medicare- /Medicaid-System bzw. von Pharmaunternehmen erhalten) herzustellen, insoweit erreichen, als sie detaillierte Informationen zur Abrechnung einzelner Leistungen auf Ebene einzelner Ärzte veröffentlichen. Der Umfang und der Detailgrad dieser Informationen ist im Vergleich zu den weiteren hier betrachteten Ländern einzigartig.

Über die staatlichen Portale ist also die Zugriffsmöglichkeit auf die wesentlichen transparenzbezogenen Informationen gewährleistet. Allerdings ist zu bezweifeln, dass diese Informationen von einem Großteil der Versicherten zielgerichtet verwendet werden, denn ihre Aufbereitung ist für Personen ohne medizinische Fachkenntnisse unzureichend. Oft werden die Informationen detailliert nach Einzelleistungen, lediglich in Form von umfangreichen Tabellen veröffentlicht (insbes. „Medicare Fee-For Service Provider Utilization & Payment Data“ und „Open Payment Data“). Um die Verständlichkeit des Inhaltes bzw. eine zielgerichtete Verwendung zu gewährleisten, fehlt es allerdings an Erläuterungen, Anleitungen und Interpretationshilfen, wie diese Daten zu verstehen sind. Auch werden oft nicht einmal einfache Suchfunktionen / -masken oder andere Formen der nutzerorientierten Filterung angeboten. Vielmehr handelt es sich – im Einklang mit der Zielstellung dieser Portale – eher um eine umfangreiche Auflistung zahlreicher Links, hinter denen sich große Datenbanken verbergen, aus denen dann die entsprechenden Informationen zum Leistungsgeschehen abgerufen und ausgegeben werden. Des Weiteren ist der Inhalt dieser Daten auf das Spek-



trum und den Umfang des Leistungsangebots beschränkt, nicht enthalten sind Daten zur Qualität der Behandlung bzw. der Behandlungsergebnisse, die Versicherte bei der Arztwahl verwenden können.

Eine Ausnahme unter den staatlichen PR-Portalen stellt die „Physician Compare“-Plattform dar, die sich als Ziel u. a. die Steigerung der Patientenmündigkeit über eine Bereitstellung von Informationen zur Arztwahl gesetzt hat. „Physician Compare“ veröffentlicht im Gegensatz zu den anderen CMS-Portalen Angaben zur Behandlungsqualität und umfangreichere Daten zur Strukturqualität, insbesondere in Bezug auf die Praxis- und die Patientenstruktur. Allerdings zeigen sich auch hier Defizite in der Aufbereitung und Benutzerfreundlichkeit aus Sicht der Versicherten. Diese Unzulänglichkeiten haben bereits vereinzelt Berichterstatter wie z. B. Tageszeitungen dazu veranlasst, eigene Suchmasken zu erstellen, die auf die Datenbanken von „Physician Compare“ zugreifen und die dort verfügbaren Informationen benutzerfreundlich aufbereiten und darstellen sowie diese zum Teil auch mit weiteren Daten zusammenführen, um ein umfassenderes Bild darzustellen.<sup>20</sup>

In Bezug auf die privaten Portale kann festgestellt werden, dass diese ihr Ziel der Stärkung der Patientenmündigkeit bzw. Entscheidungshilfe bei der Arztwahl durch eine nutzerfreundliche Bereitstellung von Informationen grundsätzlich erfüllen dürften. Durch eine systematische Einbeziehung von Leistungserbringern über eine freiwillige Teilnahme an „Pay for Performance“- und „Pay for Reporting“-Programmen sowie Patienten in den Prozess der Informationsbeschaffung werden Informationen generiert, die wiederum von anderen Patienten bei ihrer Arztsuche genutzt werden können. Dabei handelt es sich um Angaben zu zahlreichen Indikatoren der Struktur-, Prozess- sowie Ergebnisqualität, u. a. zum Leistungsangebot der Praxen, zur Patientenstruktur, zur Art der akzeptierten Krankenversicherungen, zur Fachkompetenz des Personals, zu Behandlungsergebnissen und zur Patientenzufriedenheit. Oft erfolgt darüber hinaus eine Verknüpfung mit weiteren Strukturmerkmalen aus staatlich organisierten Datenbanken, wie Angaben zur Zulassung des Arztes, zu Auszeichnungen oder zu ggf. vorliegenden Disziplinar- bzw. Beschwerdeverfahren.

Die Informationen werden dabei in der Regel anschaulich aufbereitet, sodass ein Zugang ohne umfangreiche Voraussetzungen an medizinische Fachkenntnisse möglich ist. In Bezug auf Merkmale, die mit einer Wertung einhergehen, fällt diese oft vereinfachend aus, sodass eine Einschätzung durch den Nutzer, ob ein Merkmal „eher positiv“ oder „eher negativ“ ausgeprägt ist, verhältnismäßig leicht zu treffen ist. Allerdings bringt die vereinfachte Darstellung auch die Einschränkung mit sich, dass tendenziell der Differenzierungsgrad eher gering ausfällt und Detailinformationen, die für die Arztauswahl aus Sicht einzelner Patienten ggf. entscheidend sind, nicht aufgedeckt werden, sodass die Wahlentscheidung möglicherweise verzerrt wird.

Die von den privaten Portalen bereitgestellten Daten beruhen in der Regel auf Patientenbefragungen und Auskünften von Leistungserbringern bzw. staatlichen Datenbanken. Aus dieser Vielfalt der Datenquellen ergeben sich allerdings auch Einschränkungen im Hinblick auf die Nachvollziehbarkeit der Datenherkunft. Des Weiteren hängt der Umfang der Darstellung der Angaben – und damit auch die Qualität der Daten – wesentlich von der Bereitschaft der teilnehmenden Leistungserbringer und Patienten ab. Allerdings zeigen sich in

20 Ein Beispiel ist die Suchmaske des Wall Street Journal: <http://graphics.wsj.com/medicare-billing/> (Download 28.09.2017). Die Zeitschrift Modern Healthcare hat eine einfache Suchmaske eingerichtet, anhand der sich auf Basis der „Open Payment“-Daten (OPD) Ärzte identifizieren lassen, die Arzneimittel im Wert von mehr als 0,5 Millionen US-Dollar verschrieben haben und zusätzlich Gelder von entsprechenden Herstellerfirmen erhielten: [www.modernhealthcare.com/article/20150523/MAGAZINE/305239987](http://www.modernhealthcare.com/article/20150523/MAGAZINE/305239987) (Download 28.09.2017).

dieser Hinsicht bei den US-amerikanischen PR-Portalen verhältnismäßig hohe Nutzer- bzw. Bewertungszahlen, sodass die auf Bewertungen beruhenden Qualitätsmerkmale häufig auf einer größeren Zahl an Bewertungen beruhen. Dies ist für die Belastbarkeit bzw. Repräsentativität der Angaben und damit der Qualität der Daten grundsätzlich förderlich.

### Wirkung der Veröffentlichungen von Qualitätsdaten

Die Inanspruchnahme von Online-PR-Portalen in den USA hat in den vergangenen Jahren zugenommen. Im Jahr 2012 gaben 65 Prozent der US-Amerikaner an zu wissen, dass Arztbewertungen im Internet frei zugänglich zu finden sind, 23 Prozent der US-Amerikaner gaben an, bei der Suche bzw. Auswahl eines Hausarztes Onlinearztportale zu nutzen.<sup>21</sup> Des Weiteren waren für 59 Prozent der US-Amerikaner – ebenfalls im Jahr 2012 – Onlinearztbewertungen für die Arztsuche wichtig oder sehr wichtig.<sup>22</sup> Die für sie dabei wichtigste Angabe war, von welchem Krankenversicherungssystem die Übernahme der Behandlungskosten gedeckt ist (89 Prozent fanden dies sehr wichtig). 35 Prozent derjenigen Befragten, die ein Onlineportal zur Arztsuche in den USA in Anspruch genommen haben, gaben an, einen Arzt mit guten Bewertungen gewählt zu haben, und 37 Prozent, einen mit schlechter Bewertung vermieden zu haben.

Zur Wirkung der Veröffentlichung von Qualitätsdaten auf den untersuchten US-amerikanischen Portalen mit Bezug auf den ambulanten Sektor finden sich allerdings (bislang) keine belastbaren Studien.



---

## 4.2 England

### 4.2.1 Institutioneller Rahmen

In England wird das überwiegend steuerfinanzierte Gesundheitswesen im Wesentlichen über den „National Health Service“ (NHS) organisiert, über den grundsätzlich ein universeller Zugang zu Gesundheitsleistungen für alle (registrierten) Einwohner Englands sichergestellt wird. Generell sind im Leistungsumfang des NHS alle Leistungsbereiche enthalten (ambulante und stationäre Behandlungen, Arzneimittelversorgung, präventive Leistungen), wobei der spezifische Leistungsumfang auf lokaler Ebene bestimmt wird.

Die ambulante Versorgung wird vor allem durch Hausärzte („General Practitioners“, GPs) sichergestellt. Patienten müssen sich bei einem Hausarzt registrieren, den sie jedoch innerhalb ihrer Region prinzipiell frei wählen können. Dieser fungiert als Gatekeeper für die nächste Versorgungsstufe bzw. Facharztbehandlung und ist erster Ansprechpartner. Die meisten Hausärzte sind beruflich selbstständig und werden im Rahmen des nationalen „General Medical Services (GMS)“-Vertrags geführt, über den sie eine aus einem Mix aus alters- und morbiditätsadjustierten Kopfpauschalen sowie optionalen Einzelleistungsvergütungen bestehende Vergütung erhalten. Darüber hinaus gibt es die Möglichkeit – bei freiwilliger Teilnahme der GPs – einer erfolgsabhängigen Versorgung von Patienten mit chronischen Erkrankungen im Rahmen des „Quality and Outcomes Framework (QOF)“-Programms. Ein kleinerer Anteil der erfolgsabhängigen Vergütung wird dabei für die Praxisorganisation und auf Basis von Patientenbewertungen gezahlt.

21 <https://www.usatoday.com/story/news/nation/2014/02/18/online-doctor-ratings/5582257/> (Download 26.09.2017).

22 Vgl. Hanauer, Zheng & Singer 2014 sowie Hanauer, Zheng & Gebremariam 2014.



Die fachärztliche ambulante Versorgung auf der nächsten Versorgungsstufe findet überwiegend durch (beim NHS) angestellte Fachärzte in NHS-Krankenhäusern statt. Diese können sich darüber hinaus auch in privaten Praxen niederlassen und in einem begrenzten Rahmen private, nicht vom NHS übernommene Leistungen erbringen. Etwa 20 Prozent der Einwohner Englands verfügen über eine private Zusatzversicherung, welche ihnen einen leichteren Zugang zu bspw. Elektivbehandlungen in privaten Krankenhäusern ermöglicht. Dieser Anteil ist in den letzten Jahren im Zuge zunehmender Wartezeiten und Leistungsbeschränkungen im Rahmen des NHS stark gestiegen.

## 4.2.2 Überblick Public-Reporting-System

### Qualitätstransparenz und Public Reporting im staatlichen Gesundheitssystem

In den letzten 20 Jahren wurden in England diverse Einrichtungen geschaffen, um die Qualitätssicherung, u. a. durch Leitlinien und Leistungsstandards, auszubauen, wie das „National Institute for Health and Care Excellence“ (NICE), „Monitor“ (die Regulierungsbehörde von NHS Foundation Trusts) und die „Care Quality Commission“ (CQC, zuvor „Healthcare Commission“).<sup>23</sup>

Das NICE entwickelt Leitlinien für Behandlungen und bewertet die Wirksamkeit und Kosten neuer Gesundheitstechnologien. Es entwickelt Qualitätsstandards und nationale Strategien für Behandlungsfelder. Des Weiteren wurden maximale Wartezeiten u. a. für Krebstherapien und Notaufnahmen initiiert. Die „Care Quality Commission“ (CQC) entwickelt grundlegende Standards der Qualität und Sicherheit, u. a. durch Anbieterregistrierung, und überwacht diese.<sup>24</sup>

Des Weiteren wurde der Wettbewerb im Gesundheitssystem durch Programme wie „Payment by Results“ (PbR) in Krankenhäusern durch Diversifizierung von Anbieterorganisationen und die Möglichkeit der Anbieterauswahl durch die Bürger ausgebaut. Der NHS bekennt sich ausdrücklich zu einer „Open Data“-Politik und Datentransparenz, mit der beabsichtigt wird, die Organisation der Gesundheitsversorgung insgesamt zu verbessern. Der NHS sieht England dabei in einer Vorreiterrolle.<sup>25</sup>

Eine hohe Datentransparenz wird seitens des NHS mit Vorteilen für alle Beteiligten im Gesundheitswesen verbunden:

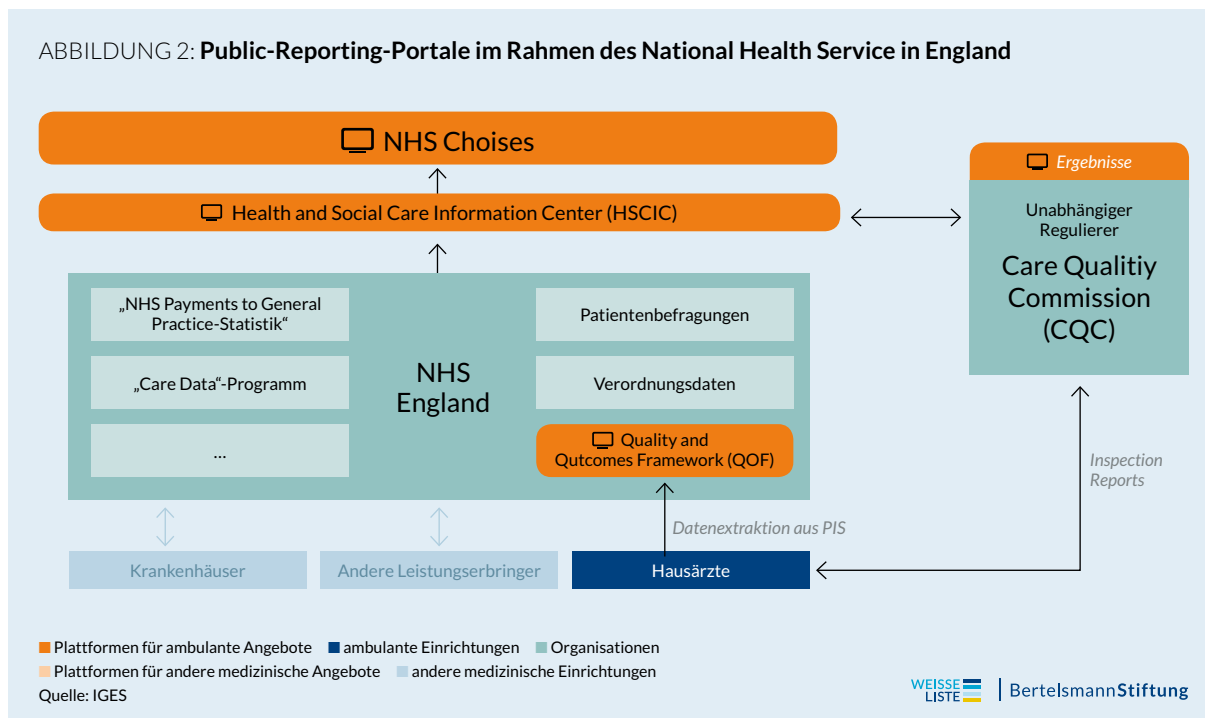
- Patienten wird es ermöglicht, Entscheidungen auf Basis von relevanten Informationen zu treffen sowie den Zugang zu ihren personenbezogenen Gesundheitsdaten zu nutzen, um ihr Gesundheitsverhalten zu verbessern.
- Behandlungsqualität und Kosteneffizienz werden durch die Möglichkeit für Leistungserbringer, sektorenübergreifende Leistungsvergleiche auf Grundlage ausgewählter Qualitätsindikatoren vornehmen zu können, gefördert.
- Behandlungsergebnisse werden des Weiteren dadurch verbessert, dass der Wissenschaft ein Zugang zu klinischen Daten ermöglicht wird.

<sup>23</sup> Cacace et al. 2011.

<sup>24</sup> [http://www.commonwealthfund.org/~media/files/publications/fund-report/2015/jan/1802\\_mossialos\\_intl\\_profiles\\_2014\\_v7.pdf](http://www.commonwealthfund.org/~media/files/publications/fund-report/2015/jan/1802_mossialos_intl_profiles_2014_v7.pdf) (Download 02.10.17).

<sup>25</sup> <http://images.thegovlab.org/wordpress/wp-content/uploads/2014/10/nhs-full-report-21.pdf> (Download 02.10.2017).

ABBILDUNG 2: Public-Reporting-Portale im Rahmen des National Health Service in England



- Ein umfassender Zugang zu Leistungsdaten des Gesundheitssystems verbessert die Wahlentscheidungen sowie die Nutzerkompetenzen der allgemeinen Öffentlichkeit und trägt dazu bei, Verantwortlichkeiten von Organisationen und Leistungserbringern für Behandlungsergebnisse zu stärken.

Die Datentransparenzoffensive im englischen Gesundheitswesen steht dabei in enger Verbindung zur Entwicklung der Nutzung digitaler Technologien. Das durch den „Health and Social Care Act 2012“ eingerichtete „National Information Board“ (NIB) hat hierzu im Jahr 2014 ein Rahmenkonzept veröffentlicht.<sup>26</sup> Als Zielsetzungen werden dort u. a. genannt,

- die Qualität aller öffentlich finanzierten Gesundheits- und Pflegeleistungen transparent und vergleichbar zu machen und
- den höchstmöglichen Nutzen für die Steuerzahler zu erreichen, indem langfristig Kosten reduziert und der Nutzen von Gesundheitsleistungen erhöht werden.

Diese ambitionierten Ziele zur Stärkung von Datentransparenz und -zugang im englischen Gesundheitssystem spiegeln sich in Form von einem umfangreichen Angebot an Online-informationenportalen (z. B. „NHS Choices“), „Pay for Performance“-Programmen („Quality and Outcomes Framework“, QOF) und Einrichtungen mit Aufgaben der Qualitätssicherung („Health and Social Care Information Centre“, HSCIC) wider. Zudem besteht durch den „GP Patient Survey“ eine vom NHS beauftragte Patientenbefragung, die zweimal im Jahr durchgeführt wird.

Während „NHS Choices“ das zentrale Informationsportal für Patienten darstellt, übernimmt das HSCIC als zentrale Stelle die Aufgabe, zugrunde liegende Daten aus den unterschiedlichen Quellen zu bündeln und für die öffentliche Nutzung aufzubereiten (Abbildung 2).

<sup>26</sup> [https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/384650/NIB\\_Report.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/384650/NIB_Report.pdf) (Download 02.10.2017).



## Privat betriebene Public-Reporting-Angebote

Zu den wichtigsten privaten PR-Portalen zählen „RateMDs“, „Doctify“ und „Private Healthcare UK“. Auf diesen Portalen finden sich die vergleichsweise umfangreichsten Angebote an Daten zur Leistungsqualität niedergelassener Ärzte in England. Weitere betrachtete Portale sind „iWantGreatCare“, „iDF-independent Doctors Federation“, „Consultant Search“ und die Bewertung auf „Google“.

Das private Public-Reporting-Portal „iWantGreatCare“ ist eine auf Bewertungen basierende Plattform, die Feedback von Patienten für Patienten anbietet. Dazu arbeitet das Portal mit dem NHS, Gesundheitsdienstleistern, die ein Profil anlegen können, und anderen Anbietern zusammen. Dazu gibt es eine übersichtliche Seite für jeden Leistungserbringer und detailierte Suchfunktionen nach Leistungsbereich, Name des Leistungserbringers und Ort.

Auf der Website der „iDF-independent Doctors Federation“ finden sich Eintragungen der Mitglieder der Fachgesellschaft, sofern dies von ihnen freigegeben wurde. Sowohl die Darstellung als auch der Inhalt des Portals sind im Vergleich zu den anderen näher beschriebenen Portalen nicht sehr umfangreich.

Als eine allgemeine Bewertungsseite wurde die Möglichkeit, Bewertungen und Rezensionen über „Google“ zu schreiben, in die Betrachtung miteinbezogen. Da die Bewertung nur auf allgemeiner Einschätzung und Freitexteingabe beruht, ist der auswertbare Inhalt dieses PR-Portals allerdings sehr gering. Strukturell hat Google durch zahlreiche Nutzer der Seite und Besitzer eines Google-Nutzerkontos dennoch einen hohen Stellenwert im Zusammenhang mit Public Reporting.

Informationen zu den privaten Public-Reporting-Portalen „RateMDs“, „Doctify“ und „Private Healthcare UK“ finden sich im folgenden Abschnitt.

## 4.2.3 Veröffentlichung von Qualitätsdaten

### 4.2.3.1 Überblick zentrale Portale und Qualitätsmerkmale

Zunächst wird ein Überblick über die zentralen PR-Portale in England gegeben, die sich dadurch auszeichnen, dass sie von allen analysierten Portalen das umfangreichste Informationsangebot aufweisen (Tabelle 10). Dabei wird zum einen dargestellt, welches Ziel die einzelnen Portale verfolgen, und zum anderen, aus welcher Quelle die veröffentlichten Daten stammen bzw. wer Betreiber des Portals ist.

Die zentralen PR-Portale in England umfassen die staatlich betriebenen Angebote unter dem Dach des NHS. Unter denen ist „NHS Choices“ das offizielle Portal des „Department of Health“ der englischen Regierung, das Bürgern die Suche nach Leistungserbringern erleichtern soll und monatlich von etwa 27 Millionen Bürgern genutzt wird.<sup>27</sup>

Mit dem Portal wird zum einen das Ziel verfolgt, Bürgern einen einfachen Zugang zu leicht verständlichen Informationen über Gesundheitsthemen und Gesundheitsleistungen im NHS

27 [http://www.commonwealthfund.org/~media/files/publications/fund-report/2015/jan/1802\\_mossialos\\_intl\\_profiles\\_2014\\_v7.pdf](http://www.commonwealthfund.org/~media/files/publications/fund-report/2015/jan/1802_mossialos_intl_profiles_2014_v7.pdf) (Download 02.10.2017).

TABELLE 10: Überblick zentrale Public-Reporting-Portale in England

Portalname	Ziel	Betreiber	Datenherkunft	Internetlink
NHS Choices	Entscheidungshilfe bei Arztwahl, Qualitätstransparenz für Patienten und Kostenträger	NHS	Indikatoren aus Routinedaten (HSCIC), Patientenbefragungen („GP Patient Survey“), Leistungserbringer (QOF-Programm)	www.nhs.uk
Care Quality Commission (CQC)	Qualitätstransparenz für Patienten und Kostenträger	Department of Health der britischen Regierung	Indikatoren aus Routinedaten (HSCIC), Patientenbefragungen, Praxisbegehungen durch Inspektoren	www.cqc.org.uk/
Quality and Outcomes Framework (QOF) Program	Leistungsanreize für ambulant tätige Ärzte, qualitätsorientierte Vergütung („P4P“-Programme)	NHS	freiwillige Auskünfte von Leistungserbringern zu Diagnose-, Leistungs- und Abrechnungsdaten (autom. Extrahierung aus den Abrechnungssystemen der Praxen)	http://qof.digital.nhs.uk/search/
RateMds	Entscheidungshilfe bei Arztwahl	RateMDs Inc.*	Patientenbefragungen	https://www.ratemds.com/best-doctors/eng/
Doctify	Entscheidungshilfe bei Arztwahl	Doctify Ltd.*	Patientenbefragungen	https://www.doctify.co.uk/
Private healthcare UK	Entscheidungshilfe bei Arztwahl	Intuition Communication Ltd.*	Patientenbefragungen	www.privatehealth.co.uk/doctors-and-health-professionals/

\* Privater Betreiber.

Quelle: IGES auf Basis von veröffentlichten Daten der PR-Portale

zu verschaffen, und zum anderen, Qualitätstransparenz für Patienten und Kostenträger herzustellen. So sind auf der Seite viele benutzerfreundlich aufbereitete medizinische Ratschläge und Selbsthilfetipps, Kontaktdaten mit Onlineanfrageoptionen sowie Suchmasken für Patienten zur Auswahl von NHS-Leistungserbringern zu finden. Das untergeordnete Portal „NHS Choices – GPs“ ermöglicht es Nutzern, Hausarztpraxen nach einem bestimmten Standort zu filtern und sie auf der Ebene von vorgegebenen Struktur- und Prozessindikatoren in einem Vergleich gegenüberzustellen. Inhaltlich bietet dieses zentrale Portal eine sehr umfangreiche, aber dennoch übersichtliche Darstellung sehr vieler relevanter Informationen mit transparenter Darstellung der Datenherkunft. Lediglich Angaben zur Unabhängigkeit der Ärzte sind nicht vorhanden.

Die Qualität der Leistungserbringer wird auf „NHS Choices“ auf der Ebene der Organisation, der NHS-Abteilung und des Arztes angegeben. Für sämtliche auf der Plattform angeführten Indikatoren gibt es patientenverständliche Erläuterungen, wie die Informationen erhoben wurden und warum sie für die Bewertung von Relevanz sind. Zudem werden die Bezugszeiträume / -punkte und die Datenquellen angegeben.<sup>28</sup> Die Daten zu den Patientenerfahrungen werden zweimal im Jahr im Rahmen des „GP Patient Survey“ erhoben und transparent auf verschiedenen Aggregationsebenen veröffentlicht. Daten der Leistungserbringer fließen über das im Folgenden beschriebene „Quality and Outcomes Framework“-Programm in „NHS Choices“ ein.

Das „Quality and Outcomes Framework (QOF)“-Programm ist ein im Jahr 2004 eingeführtes Belohnungs- und Incentivierungsprogramm („Pay for Performance (P4P)“-Programm), an dem Hausärzte freiwillig teilnehmen können. Das Ziel besteht darin, Leistungsanreize für ambulant tätige Ärzte zu setzen und über eine qualitätsorientierte Vergütung eine Verbesserung der Leistungsqualität zu erreichen. Mit diesem Programm können bis zu 25 Pro-

<sup>28</sup> Vgl. z.B. <http://www.nhs.uk/Scorecard/Pages/IndicatorFacts.aspx?MetricId=10052&OrgType=GP> (Download 02.10.2017).



zent der Praxiseinnahmen leistungsabhängig vergütet werden, wobei Praxen mit höheren Prävalenzraten eine höhere Punktbewertung erhalten. Im Rahmen des Programms wurden für den Berichtszeitraum 2015/2016 Daten für 77 Indikatoren von mehr als 7.600 Hausarztpraxen mit über 57 Millionen in England registrierten Patienten erhoben und in eine Onlinedatenbank eingespeist.<sup>29</sup> Die erhobenen Daten werden über „NHS Digital“ publiziert und sind online abrufbar, sowohl aggregiert für unterschiedliche regionale Ebenen als auch auf Einzelpraxisebene für spezifische Patientengruppen.<sup>30</sup> Die dem Portal zugrundeliegenden Diagnose-, Leistungs- und Abrechnungsdaten werden direkt aus den Abrechnungssystemen der Arztpraxen extrahiert und vor Veröffentlichung anonymisiert.<sup>31</sup>

Darüber hinaus besteht im Zentrum der staatlich organisierten PR-Angebote in England das zum „Department of Health“ der britischen Regierung gehörende „Health and Social Care Information Centre“ (HSCIC). Es wurde im Jahr 2013 gegründet und dient als nationaler Anbieter von Informationen, Daten und IT-Lösungen – eine Art zentrale Datensammelstelle – für alle Beteiligten im Gesundheitswesen. Das HSCIC veröffentlicht auf seinem „Indicator Portal“ eine umfangreiche Liste mit Gesundheits- und Sozialindikatoren.<sup>32</sup> Diese Liste enthält bspw. das Outcomeindikatorensatz der „Clinical Commissioning Groups“ (CCGs), verschiedene bevölkerungsbezogene Gesundheitsindikatoren auf nationaler, regionaler und lokaler Ebene sowie Daten, die in den Hausarztpraxen erhoben werden.

Die Datensätze werden in einem gemeinschaftlichen Prozess mit verschiedenen relevanten Akteuren (Ärzten, Fachverbänden, dem „Department of Health“, Wissenschaftlern und Organisationen)<sup>33</sup> entwickelt und als Standard definiert.<sup>34</sup> Die resultierenden Transparenz- und Reportingsysteme basieren auf einem Mix aus verschiedenen Datenquellen. Ein Teil der Informationen wird als Primärdaten erhoben (Patientenbefragungen und -bewertungen). Der größte Teil wird aus Routine- und Abrechnungsdaten gewonnen.

Im Februar 2015 hat das HSCIC erstmals die „NHS Payments to General Practice“-Statistik veröffentlicht. Sie enthält Vergütungsdaten in aggregierter Form sowie auf Ebene einzelner Praxen und umfasst u. a. Angaben zur Gesamtvergütung, zur minimal garantierten Vergütung („Minimum Practice Income Guarantee“, MPIG) und zur Vergütung im Rahmen des „Quality Outcomes Framework“ (QOF), differenziert nach Indikatoren. Des Weiteren werden Angaben zur Praxis, zur Anzahl der Patienten sowie zur durchschnittlichen Vergütung je Patient ausgewiesen.

Die unabhängige „Care Quality Commission“ (CQC) überwacht, inspiziert und bewertet die CQC-Einrichtungen mit dem Ziel, Qualitätsstandards zu gewährleisten. Auf ihrer Internetseite stellt sie eine sehr übersichtliche interaktive Karte zum Finden von Allgemeinmedizinischen Praxen, Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen bereit. Der Karte kann die zusammengefasste Bewertung der letzten Inspektion entnommen werden. Auf der einzelnen Seite für jede Einrichtung finden sich die genauen Prüfberichte sowohl in ausführlicher Form zum Herunterladen als auch übersichtlich dargestellt. Neben der Darstellung der Spezialisierungen und Behandlungsoptionen finden sich in der Überblicksregistrierkarte farblich dargestellte Informationen zur Zusammenfassung der Einzelpunkte Sicherheit, Behandlungsqualität, Pflege, Bedarfsorientierung und Leitung. Zudem wird die Übersicht

29 <https://qof.digital.nhs.uk/> (Download 02.10.2017).

30 <http://www.content.digital.nhs.uk/catalogue/PUB22266> (Download 02.10.2017).

31 <https://www.england.nhs.uk/2013/10/care-data/> (Download 02.10.2017).

32 <https://indicators.hscic.gov.uk/webview/> (Download 02.10.2017).

33 <https://www.gov.uk/government/organisations/national-information-board/about/membership#healthwatch-england> (Download 24.01.2018).

34 <http://content.digital.nhs.uk/datasets> (Download 02.10.2017).



der auf den folgenden Seiten ausführlich dargestellten spezifischen Leistungen für ältere Menschen, chronisch Kranke, Familien und Kinder sowie Erwerbstätige angegeben. In den weiteren Registrierkarten finden sich Leistungsbeschreibungen der Praxis, Registrierungs- und Kontaktdaten.

Das Portal „RateMDs“ ist eine in den USA und Großbritannien aktive Bewertungsplattform, welche bereits im beschreibenden Teil zu den USA aufgenommen wurde. Es stellt neben den Bewertungen zu den Punkten Team, Hilfe, Pünktlichkeit und Wissen gut dargestellte Informationen zu Kontakt und persönlichen Informationen zum Arzt (sofern dieser sie als registrierter Benutzer angibt) dar und verlinkt die Website der Praxen.

Die Plattform „Doctify“ möchte Patienten eine Unterstützung bei der Arztsuche anbieten. Neben der Suche durch Auswahl einer Fachrichtung, Behandlung, Erkrankung und des Ortes, lassen sich auch Onlineterminvereinbarungen durch die Seite realisieren. Im Eintrag des Arztes sind Öffnungszeiten, Kontaktdaten, Bewertungen und Informationen zur Praxis, zur Sprache, zu Leistungen, zur Ausbildung, zu akzeptierten Versicherungen und zur Spezialisierung vorhanden. Die Freitextbewertungen werden inhaltlich durch die Website geprüft.

„Private Healthcare UK“ (durch Intuition Communication Ltd. betrieben) stellt als kommerzielle Seite Informationen zu ungefähr 20.000 privaten Gesundheitsanbietern in UK zur Verfügung. Filteroptionen hinsichtlich Erreichbarkeit, Öffnungszeiten, Geschlecht und Erfahrung können vorgegeben werden. Als Basisinformationen sind nur Kontaktinformationen vorhanden, wobei beim Anlegen eines Profils ausführliche Informationen zu Leistun-

TABELLE 11: Überblick Qualitätsmerkmale auf zentralen Public-Reporting-Portalen in England

Portalname	Strukturqualität			Prozessqualität		Ergebnisqualität
	Arztpraxis	Fachkompetenz / Leistungsangebot	Weitere Aspekte	Kommunikation	Leistungsverhalten	Behandlungserfolg
NHS Choices	Wartezeit, Kooperationen, Praxisgestaltung	Leistungsangebot, Zusatzqualifikationen, Fortbildungen	Onlineterminvereinbarung, Darstellung einzelner Leistungen, Patientenstruktur	verständliche Aufklärung, Unterstützung Zweitmeinung	–	Weiterempfehlungen, objektive Qualitätsdaten
Care Quality Commission (CQC)	Praxisgestaltung	Leistungsangebot, Angebot besonderer Leistungen	Darstellung einzelner Leistungen, Patientenstruktur	verständliche Aufklärung, Unterstützung Zweitmeinung	–	Weiterempfehlungen, objektive Qualitätsdaten
Quality and Outcomes Framework (QOF) Program	nur Lagebeschreibung	Leistungsschwerpunkte, Reputation des Arztes	–	–	–	Hinweise auf Über-/Unterversorgung
RateMDs	Wartezeit	Berufs- / Behandlungserfahrung, Reputation des Arztes	–	Einschätzungen zur Freundlichkeit des Personals	–	Patientenzufriedenheit
Doctify	Kooperationen	Berufs- / Behandlungserfahrung, Zusatzqualifikationen	Onlineterminvereinbarung, vernetzte Praxis	transparente Kostenkommunikation	–	Patientenzufriedenheit
Private healthcare UK	Kontaktdaten und spezielles Leistungsangebot	Berufs- / Behandlungserfahrung, Zusatzqualifikationen	Darstellung einzelner Leistungen, Patientenstruktur	transparente Kostenkommunikation	–	Patientenzufriedenheit

Quelle: IGES auf Basis von veröffentlichten Daten der PR-Portale



gen, Behandlungen, zur Spezialisierung, zu Empfehlungen und zum Forschungsinteresse eingestellt werden können.

Für die zuvor beschriebenen zentralen PR-Portale wird anschließend dargestellt, zu welchen Qualitätsmerkmalen sie im Wesentlichen Daten veröffentlichen, wobei an dieser Stelle der Fokus auf Unterschiede zwischen den Portalen gelegt wird (Tabelle 11).

#### 4.2.3.2 Quantitative Auswertung Qualitätsmerkmale

##### Strukturqualität

Die Angaben zu allgemeinen Strukturinformationen sind bei den meisten PR-Portalen in Großbritannien vorhanden (Tabelle 12).

Informationen zur Fachkompetenz des Personals sind vor allem bei Portalen, die auf staatlichen Strukturdaten basieren, vorhanden (Tabelle 13).

Auffällig hinsichtlich weiterer Aspekte der Strukturqualität ist zum einen, dass kein Portal in England Informationen zur Unabhängigkeit des medizinischen Personals angibt (Tabelle 14). Digitale Angebote der Portale werden zum einen von „NHS Choices“ und zum anderen auf solchen Portalen, die eine eigene Seite für die Leistungserbringer vorsehen, veröffentlicht.

Die Angaben zur Patientenstruktur bestehen aus der Anzahl von Patienten mit chronischen Erkrankungen, Anzahl der Patienten insgesamt und ihrer Verteilung nach Alter.

**TABELLE 12: Abbildung von Aspekten mit Bezug zur Arztpraxis auf Public-Reporting-Portalen in England**

Qualitätsaspekt	Anzahl der Portale mit veröffentlichten Daten zum Qualitätsaspekt	Anteil an allen Portalen
Lage	10	100%
Anfahrt / Karte	8	80%
Kontakt / Telefonnummer	7	70%
Terminvergabe	7	70%
Sonstiges	6	60%
Spezielles Leistungsangebot	4	40%
Öffnungszeiten	4	40%
Wartezeiten in der Praxis	3	30%
Barrierefreiheit	2	20%
Praxisgestaltung (Ambiente / Entertainment)	2	20%
Sauberkeit und Hygiene	1	10%
(moderne) Geräteausstattung	0	0%

Sonstiges: Erreichbarkeit, Zugang für verschiedene Patientengruppen, Zugang für Kinder, Freitexteingabe.  
Quelle: IGES auf Basis von veröffentlichten Daten der PR-Portale

**TABELLE 13: Abbildung der Fachkompetenz des Personals und des Leistungsangebots auf Public-Reporting-Portalen in England**

Qualitätsaspekt	Anzahl der Portale mit veröffentlichten Daten zum Qualitätsaspekt	Anteil an allen Portalen
Facharztbezeichnung	8	80%
Schwerpunkte	6	60%
Fortbildungen/Qualifikationen	4	40%
Reputation des Arztes (Einschätzung durch andere Ärzte, Lebenslauf des Arztes etc.)	4	40%
Sonstiges	4	40%
Leistungsangebot	4	40%
besondere Leistungen	4	40%
Berufs- / Behandlungserfahrung (seit wann zugelassen etc.)	3	30%
Zusatzqualifikationen	3	30%
Sonstiges: Angebot von Präventionsleistungen, Kompetenz des Personals, Sprache, Bild, Geschlecht, Wissen. Quelle: IGES auf Basis von veröffentlichten Daten der PR-Portale		

**TABELLE 14: Abbildung von weiteren Aspekten der Strukturqualität auf Public-Reporting-Portalen in England**

Qualitätsaspekt	Anzahl der Portale mit veröffentlichten Daten zum Qualitätsaspekt	Anteil an allen Portalen
digitale Angebote		
Darstellung einzelner Leistungen	3	30%
Sonstiges	2	20%
Onlineterminvereinbarung	2	20%
vernetzte Praxis	1	10%
Videosprechstunde	0	0%
Unabhängigkeit des Arztes		
Verzicht auf Anwendungsbeobachtung	0	0%
Verzicht auf pharmafinanzierte Fortbildungen	0	0%
Verzicht auf Muster / Geschenke / Zuwendungen durch Pharmafirmen	0	0%
Sonstiges	0	0%
Patientenstruktur		
Angaben zur Patientenstruktur nach Art der akzeptierten Art der Versicherung	3	30%
Sonstiges: Onlineverschreibungen, weitere Onlinemöglichkeiten je nach Profil der Leistungserbringer. Quelle: IGES auf Basis von veröffentlichten Daten der PR-Portale		

**TABELLE 15: Abbildung von Aspekten des Leistungs- und Koordinationsverhaltens auf Public-Reporting-Portalen in England**

Qualitätsaspekt	Anzahl der Portale mit veröffentlichten Daten zum Qualitätsaspekt	Anteil an allen Portalen
Kooperationen und Überweisungen	2	20%
Leistungsverhalten (Verordnungsverhalten etc.)	0	0%
Sonstiges: Einschätzungen zur Qualität der Fremdsprachenkenntnisse und zum Grad, zu dem Patienten befähigt werden, sich eigenständig um ihre Gesundheit zu kümmern		
Quelle: IGES auf Basis von veröffentlichten Daten der PR-Portale		

**TABELLE 16: Abbildung von Aspekten der Kommunikation und Behandlungsgestaltung auf Public-Reporting-Portalen in England**

Qualitätsaspekt	Anzahl der Portale mit veröffentlichten Daten zum Qualitätsaspekt	Anteil an allen Portalen
Sonstiges	6	60%
Einschätzungen zur Freundlichkeit des Personals	5	50%
Empathie und Wertschätzung des Arztes	5	50%
Einbeziehung in Entscheidungen	4	40%
verständliche Aufklärung und Beratung	3	30%
weiterführende Hinweise auf verlässliche Information und Beratung	2	20%
Unterstützung / Angebot Zweitmeinung	2	20%
Vermittlung von Diagnosen	2	20%
transparente Kostenkommunikation	2	20%
Wahrung der Intimsphäre	2	20%
Einsicht in Patientenunterlagen	0	0%
Quelle: IGES auf Basis von veröffentlichten Daten der PR-Portale		

### Prozessqualität

Angaben zum Leistungsverhalten des medizinischen Personals sind auf den Portalen in England nicht vorhanden, während Angaben zum Koordinationsverhalten auf zwei Portalen veröffentlicht werden (Tabelle 15).

Daten zur Kommunikation und Behandlungsgestaltung werden vor allem über Patientenbewertungen erfasst (Tabelle 16).

### Ergebnisqualität

Die englischen PR-Portale zeichnen sich durch eine vergleichsweise hohe Informationsdichte zur Ergebnisqualität aus (Tabelle 17). Von vielen Plattformen wird mittels Patientenbefragung die Zufriedenheit mit der Behandlung gemessen. Zudem wird die Ergebnisqualität durch die staatlichen Akteure gemessen. Dabei ist vor allem der „Quality and Outcomes Framework“ (QOF), welcher sich vor allem auf diese Informationen konzentriert, zu erwähnen. Dazu werden klinische und Public-Health-Daten für verschiedene Erkrankungen und Indikationen u. a. von Hausärzten, in deren Verträgen eine Beteiligung verlangt

TABELLE 17: **Abbildung von Aspekten des Behandlungserfolgs auf Public-Reporting-Portalen in England**

Qualitätsaspekt	Anzahl der Portale mit veröffentlichten Daten zum Qualitätsaspekt	Anteil an allen Portalen
Patientenzufriedenheit	8	80 %
Weiterempfehlungen durch andere Patienten	7	70 %
objektive Daten zur Ergebnisqualität der Einrichtung	3	30 %
Hinweise auf Über-/Unterversorgung	3	30 %
Sonstiges	2	20 %
Quelle: IGES auf Basis von veröffentlichten Daten der PR-Portale		

wird, erhoben und dargestellt. Der CQC vergleicht u. a. „Patient Outcomes“ und gibt diese für einzelne Einrichtungen im Vergleich zum landesweiten Durchschnitt an.

#### 4.2.3.3 Differenzierungsgrad der Qualitätsdaten

Ähnlich wie in den USA werden die Qualitätsdaten durch die Portale in England überwiegend auf Ebene der einzelnen Leistungserbringer (niedergelassene Ärzte) veröffentlicht und sind damit den einzelnen Leistungserbringern namentlich zuzuordnen. Über die ebenfalls veröffentlichten Adressdaten der Leistungserbringer lässt sich somit eine Differenzierung nach Regionen vornehmen.

#### 4.2.4 Umsetzungs- und Wirkungsanalyse der Portale

Das englische Public-Reporting-System befindet sich – ähnlich wie das US-amerikanische – bereits in einem vergleichsweise fortgeschrittenen Entwicklungsstadium. In den vergangenen Jahren hat es bereits einige Erweiterungen des Systems in Bezug auf den ambulanten Bereich gegeben, Erfahrungen mit der Wirkung des PR-Systems konnten mittlerweile über einen Zeitraum von mehreren Jahren gesammelt werden.

##### Umsetzung der mit den PR-Portalen verfolgten Ziele

Das patientenorientierte staatliche Portal „NHS Choices“ weist umfangreiche Informationsangebote auf und kann zugleich eine leicht zugängliche Darstellung für Patienten umsetzen. Dabei werden sowohl Routinedaten (HSCIC), Patientenbefragungen („GP Patient Survey“) als auch Informationen von Daten der Leistungserbringer einbezogen. Zudem besteht eine sehr umfangreiche Datendarstellung verschiedener Qualitätsmerkmale, welche patientenorientiert aufbereitet wird. Des Weiteren besteht die Möglichkeit des Vergleiches aller für den NHS arbeitenden Ärzte und Einrichtungen, womit sich dieses Portal durch einen hohen Grad an Abdeckung seitens der Leistungserbringer auszeichnet.

Ein patientengerechter Zugang ist über das „Quality and Outcomes Framework (QOF)“-Programm nicht unmittelbar gegeben, vor allem aufgrund der Darstellung und der Aggregationsebene. Allerdings werden Teile der Daten über eine Kooperation mit dem „NHS Choices“-Portal dort patientenorientiert dargestellt.



## Wirkung der Veröffentlichungen von Qualitätsdaten

„NHS Choices“ wurde als zentrale Plattform bereits im Jahr 2012/2013 27 Millionen Mal besucht.<sup>35</sup> Laut eigenen Angaben hätte sich „NHS Choices“ zur meistgenutzten Gesundheitswebsite außerhalb der USA entwickelt.<sup>36</sup> Im Auftrag des NHS werden zweimal jährlich Patientenbefragungen durchgeführt, wobei die Ergebnisse dieser „GP Patient Surveys“ sowohl in einem gesonderten Bericht als auch mittels des Portals „NHS Choices“ veröffentlicht werden. Anfang 2017 wurden 2.157.769 Fragebögen versendet, die Rücklaufquote betrug 37,5 Prozent.<sup>37</sup> Somit besteht durch diese Befragung eine wichtige Einschätzung der Qualität.

Am „Quality Outcomes Framework“ (QOF) mit dem Prinzip „Pay for Performance“ (P4P) wird u. a. kritisiert, dass die Hausärzte nach deren Einführung besonders im letzten Viertel des Jahres eher dem Anreiz zum Erfüllen der Indikatorziele folgten, als sich um die Patienten zu kümmern.<sup>38</sup> Es fehle die Patientenperspektive in diesem Programm, sowohl in der Messung als auch in der Darstellung.

Darüber hinaus liegt zur Wirkung der Veröffentlichungen auf den untersuchten englischen PR-Portalen auf die Qualität im ambulanten Bereich (bislang) keine belastbare Evidenz vor.

## 4.3 Niederlande

### 4.3.1 Institutioneller Rahmen

Das niederländische Gesundheitssystem ist dem deutschen grundsätzlich relativ ähnlich. Die Gesundheitsausgaben in den Niederlanden sind im Umfang mit denen Deutschlands vergleichbar (10,8 Prozent des BIP in den Niederlanden, 11,1 Prozent in Deutschland und 9,9 Prozent im EU28-Durchschnitt).<sup>39</sup> Allerdings zeigen sich auch Unterschiede zwischen dem niederländischen und dem deutschen Gesundheitssystem.

In den Niederlanden sind seit einer Reform im Jahr 2006 („Health Insurance Act“, „Zorgverzekeringswet“, ZVW) alle Einwohner gesetzlich pflichtversichert. Sie müssen einen Vertrag mit einer (gesetzlichen) Krankenversicherung über einen gesetzlich definierten Leistungsumfang abschließen. Die Möglichkeit einer privaten Krankenvollversicherung als Ersatz für die gesetzliche Versicherung ist seitdem nicht mehr möglich. Zudem sind private Zusatzversicherungen u. a. für Zahnersatz, Hörgeräte, Physiotherapie oder alternative Behandlungsmethoden weit verbreitet.

21 Prozent der Niederländer gaben an, im Jahr 2012 finanzielle Probleme bei der Leistung ihrer Zuzahlungen aufgrund hoher Kosten gehabt zu haben (Deutschland: 15 %)<sup>40</sup>, aber nur

35 [http://www.commonwealthfund.org/~media/files/publications/fund-report/2015/jan/1802\\_mossialos\\_intl\\_profiles\\_2014\\_v7.pdf](http://www.commonwealthfund.org/~media/files/publications/fund-report/2015/jan/1802_mossialos_intl_profiles_2014_v7.pdf) (Download 10.11.2017).

36 Vgl. Gann & Grant 2013.

37 Vgl. Ipsos Mori 2017.

38 <http://www.gponline.com/gp-improvement-held-back-ccgs-shy-away-local-qof-reform/article/1355521> (Download 10.11.2017).

39 OECD 2015: <http://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-EUROPE-2016-Briefing-Note-GERMANY.pdf> (Download 16.10.2017).

40 Kostenbedingte Zugangsprobleme wurden analysiert anhand von Angaben zu „Rezept nicht eingelöst, trotz medizinischem Problem keinen Arzt aufgesucht und/oder empfohlene Behandlung nicht in Anspruch genommen“, Osborn & Schoen 2013.



5 Prozent leisteten mehr als 1.000 US-Dollar an Zuzahlungen (Deutschland: 11 %). 9 Prozent der Niederländer gaben darüber hinaus an, ernsthafte Probleme gehabt zu haben, ihre Zuzahlungen zu leisten (Deutschland: 7 %).<sup>41</sup>

Das System der ambulanten Gesundheitsversorgung in den Niederlanden zeichnet sich durch eine starke Rolle des Hausarztes („huisarts“) aus. Der überwiegende Anteil aller Arztkontakte wird durch Hausärzte geleistet.<sup>42</sup> Die fachärztliche Versorgung wird vor allem durch Überweisung des Hausarztes gesteuert. Durchgeführt werden die Leistungen sowohl ambulant als auch stationär durch staatlich registrierte Fachärzte an den Krankenhäusern und in sogenannten „eigenständigen Behandlungszentren“ („zelfstandig behandelcentrum“, ZBC).<sup>43</sup> Vor diesem Hintergrund ist davon auszugehen, dass die Auswahl eines Hausarztes als Gatekeeper für fachärztliche Leistungen für Versicherte in den Niederlanden vergleichsweise wichtig ist.

### 4.3.2 Überblick Public-Reporting-System

#### Qualitätstransparenz und Public Reporting im staatlichen Versicherungssystem

Die Qualitätstransparenz – vor allem in Bezug auf den stationären Sektor sowie die Pflege – steht bereits seit mehreren Jahren im Mittelpunkt der öffentlichen Gesundheitsversorgung in den Niederlanden. Bereits 1996 wurden Qualitätsgesetze veröffentlicht, welche verstärkt die Leistungserbringer für die Qualitätssicherung in die Verantwortung nehmen. Im Jahr 2001 wurde die rechtliche Grundlage für eine Transparenzerhöhung in Bezug auf Gesundheitsdienstleister und Krankenversicherungen geschaffen. Zudem begann die „Niederländische Organisation für Gesundheitsforschung und -entwicklung“ (ZonMw), Qualitätsanalysen u. a. zur hausärztlichen Versorgung durchzuführen. Die „Niederlandse Zorgautoriteit“ (NZA) des Gesundheitsministeriums wurde als autonome Verwaltungseinheit im Jahr 2006 mit dem Ziel gegründet, die Leistungsqualität durch Überwachung der Leistungserbringung und ihrer Finanzierung (Krankenversicherungen) zu fördern.

Die Aufsichtsbehörde für die Qualität der Gesundheitsversorgung (Inspectie Gezondheidszorg en „Jeugd“, IGJ, zuvor „Inspectie voor de Gezondheidszorg“, IGZ) beim niederländischen Gesundheitsministerium überwacht die Qualität, Sicherheit und Zugänglichkeit der Gesundheitsversorgung durch ein entwickeltes Instrumentenset an Qualitätsindikatoren (u. a. in Bezug auf Allgemeinmediziner) und Vor-Ort-Besuche. Die erstellten Inspektionsberichte sind per Suchfunktion auf der Seite des IGJ abrufbar.

Seit dem Jahr 2007 wurden weitere Initiativen von Patientenvereinigungen, Gesundheitsdienstleistern und Versicherern durchgeführt. Über den Einsatz von Leitlinien, Zertifizierungen und Akkreditierungen sowie den Einbezug der hausärztlichen Versorgung hinaus wurden dabei in den niederländischen Programmen der Qualitätstransparenz vor allem weitere Leistungsindikatoren, lokale Kooperationen und fachgruppenübergreifende Ansätze, z. B. im Rahmen der Diagnostik, eingesetzt.<sup>44</sup>

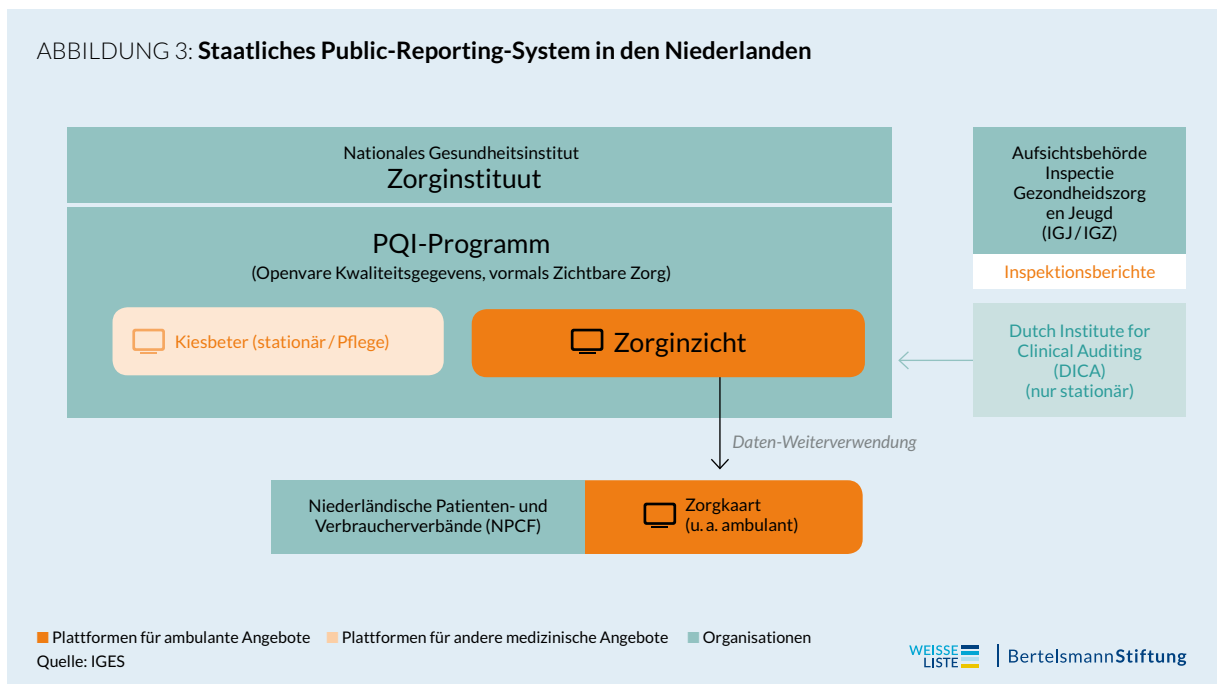
41 Vgl. Osborn & Schoen 2013.

42 <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72969/finanzierung> (Download 17.10.2017).

43 <http://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2006/mar/quality-development-in-health-care-in-the-netherlands> (Download 13.10.2017).

44 Vgl. Grol 2006.

ABBILDUNG 3: Staatliches Public-Reporting-System in den Niederlanden



Das 2007 begonnene Programm „Zichtbare Zorg“ (zuvor „Zorgbrede Transparantie van Kwaliteit“, ZbTK) war eine unter dem Dach des IGZ organisierte Regierungsinitiative mit dem Ziel, sektorenübergreifende Qualitätsindikatoren zu entwickeln und Messungen durchzuführen. Dabei waren als Akteure Patientenorganisationen, Krankenkassen, Gesundheitsdienstleister und das IGZ beteiligt.<sup>45</sup> Nach vielfältiger Kritik u. a. an der Zuverlässigkeit der Indikatoren und der Verarbeitung der Messergebnisse aufgrund hoher Erwartung (zuverlässige Qualitätsinformationen für 80 Krankheiten über alle Krankenhäuser hinweg) ist im Jahr 2014 das Programm in das Nationale Gesundheitsinstitut („Zorginstituut“) übergegangen (Abbildung 3).

Das „Zorginstituut“ arbeitet vor allem zu den Punkten Qualität, Zugang und Finanzierung des niederländischen Gesundheitssystems und setzt die Pflichtleistungen der Krankenversicherungen fest. Seit dem Jahr 2014 entwickelt es eine öffentliche Datenbank mit Qualitätsdaten aus dem Gesundheitsbereich („Openbare Kwaliteitsgegevens“, PQI, vormals „Zichtbare Zorg“).<sup>46</sup> Dabei handelt es sich um eine landesweite Qualitätstransparenzinitiative mit Pflichtmitwirkung, die die Verbesserung der Versorgungsqualität und die Unterstützung von Patienten bei ihrer Entscheidungsfindung zum Ziel hat.

Im Rahmen des PQI-Programms werden Daten aus Selbstauskünften der Leistungserbringer, Patientenbefragungen und Registerdaten des Niederländischen Instituts für klinische Überwachung („Dutch Institute for Clinical Auditing“, DICA) gesammelt. Diese hochaggregierten Daten sind für die Bereiche Physiotherapie, psychische Gesundheit, Rehabilitation, die vornehmlich stationär stattfindende fachärztliche Versorgung sowie viele Pflegebereiche auf dem Portal „Zorginzicht“ dargestellt. In der fachärztlichen Versorgung wurden im Jahr 2016 für 194 Einrichtungen (zum überwiegenden Anteil Krankenhäuser) und 41 Bereiche 1.554 Indikatoren und deren Erfüllung ausgewiesen. Qualitätsdaten

<sup>45</sup> Vgl. Van den Berg et al. 2014.

<sup>46</sup> <https://www.zorginstituutnederland.nl/over-ons/publicaties/publicatie/2016/12/14/transparante-kwaliteitsinformatie--de-eerste-drie-jaar-van-het-zorginstituut> (Download 18.10.2017).

für die hausärztliche Versorgung werden in diesem Rahmen allerdings (bislang) nicht veröffentlicht.<sup>47</sup>

Die von „Zorginzicht“ für Patienten und die breite Öffentlichkeit aufbereiteten Daten werden von den zentralen staatlichen Public-Reporting-Portalen „kiesbeter“ (nur Krankenhaus und Pflege) und „Zorgkaart“ (auch ambulant, siehe weiter unten unter „Initiativen weiterer Akteure“) weiterverwendet.

Die zentrale, von der Regierung geschaffene Public-Reporting-Plattform „kiesbeter“ richtet sich an Versicherte, die dort Versorgungsinformation abrufen können. Die Seite wurde im Jahr 2005 auf Initiative des Gesundheitsministeriums ins Leben gerufen und wurde bis zur Übernahme ins „Zorginstituut“ im Jahr 2013 durch das „Nationale Institut für Gesundheitsversorgung und Umwelt der Niederlande“ (RVIM) betreut. Dabei stellt die Plattform durch seine Informationsdarstellung für Patienten einen zentralen Teil des PQI-Qualitätstransparenzprogramms dar.<sup>48</sup> „Kiesbeter“ wertet Qualitätsdaten der Einrichtungen, welche an den Staat geliefert und veröffentlicht werden, aus und stellt diese auf ihrem Portal patientennah, mit dem Ziel der Auswahl eines Leistungserbringers, dar. Informationen sind bislang hauptsächlich zu Krankenhäusern und Pflege- / Rehaeinrichtungen, allerdings noch nicht für den Bereich der Niedergelassenen enthalten. Daher wurde die „kiesbeter“-Plattform im Weiteren nicht in die quantitative Analyse einbezogen.

#### **Privat betriebene Public-Reporting-Angebote**

Auch in den Niederlanden gibt es PR-Portale von privaten Anbietern, die auf Grundlage von Daten aus Patientenbewertungen Vergleiche von Hausärzten als Entscheidungshilfe für Patienten anbieten („Independer“, „Ikzoekeenhuisarts“).

Darüber hinaus gibt es private PR-Portale von als gemeinnützige Genossenschaft organisierten Krankenkassen, die Qualitätsdaten zu den mit ihnen vertraglich verbundenen Leistungserbringern mit dem primären Ziel der Steigerung des Wettbewerbs zwischen den Leistungserbringern veröffentlichen („Zorgvinder“, „Menzis“).

Schließlich gibt es auch private Firmen, welche (weitestgehend selbst gesammelte) Qualitätsinformationen verwenden, um Beratungstätigkeiten für Kliniken, Pflegeeinrichtungen und Krankenkassen anzubieten. So verwendet z. B. die Firma „MediQuest“ ein Basisset an klinischen Qualitätsindikatoren der nationalen Gesundheitsaufsichtsbehörde (IGJ/IGZ) und des „Zorginstituuts“. Die Firma „docvadis“ erstellt für Ärzte professionelle Internetauftritte. Über die auf „docvadis“ verfügbare Suchfunktion können für Ärzte, die die Dienste dieses Anbieters nutzen, nach Ort, Name und Fachgebiet sowie Link zu der entsprechenden Homepage ausgegeben werden. Auf diesen Websites sind zwar Basiskontaktinformationen zur Praxis, jedoch kaum Qualitätsinformationen vorhanden, weshalb das „docvadis“-Angebot im Weiteren nicht in die quantitative Analyse einbezogen wurde.

Auch die Plattform „Zorgkiezer“<sup>49</sup> wurde nicht weiter in die quantitative Analyse einbezogen. „Zorgkiezer“ bietet zwar grundsätzlich die Möglichkeit an, Hausärzte anhand von Qualitätsinformationen, wie z. B. Angaben zu häufig durchgeführten Behandlungen, zu vergleichen. Allerdings werden die Angebote dieser Vergleichsplattform bisher kaum in Anspruch

47 <https://www.zorginzicht.nl/opendata/Paginas/aangeleverdebestanden.aspx?sub=1&fLvlT=Openbare%20data&subIdx=0> (Download 18.10.2017).

48 <https://www.kiesbeter.nl/artikelen/zorgthemas/kwaliteit-van-zorg/index> (Download 19.10.2017).

49 <https://www.zorgkiezer.nl/huisarts/> (Download 30.10.2017).



genommen, weshalb auf der Plattform in nur sehr begrenztem Umfang Arztbewertungen von Patienten vorliegen und damit gegenwärtig kaum Qualitätsdaten verfügbar sind.

### Initiativen von weiteren Akteuren

Nicht nur die Regierung hat sich in den Niederlanden um Qualitätstransparenz bemüht. Branchenverbände, Patienten- und Verbraucherorganisationen sowie Versicherer als weitere Akteure des Gesundheitswesens haben sich mit den Indikatoren des staatlichen Programms „Zichtbare Zorg“ (wortwörtlich „sichtbare Pflege/Versorgung“) auseinandergesetzt und in ständiger Kooperation mit dem „Zorginstituut“ zur Entwicklung von Patientenbefragungen beigetragen.

Die „Niederländischen Patienten- und Verbraucherverbände“ (NPCF) in Zusammenarbeit mit dem Dienstleister „Bohn Stafleu van Loghum“ (E-Learning-Angebote für Hausärzte) haben eine umfangreiche und hochfrequentierte Public-Reporting-Website eingerichtet, auf der Patienten ihre Gesundheitsdienstleister bewerten, auswählen und ihre Erfahrungen teilen können ([www.zorgkaartnederland.nl](http://www.zorgkaartnederland.nl)). Beteiligt sind vor allem Patientenorganisationen, aber auch Krankenversicherer. Qualitätsinformationen ergeben sich u. a. aus Patientenbewertungen, Testimonials und Wahlhilfen. Mit vier Millionen Seitenaufrufen, 9.000 neuen Bewertungen pro Monat (wobei jeder Besucher der Seite einen Gesundheitsdienstleister bewerten kann), insgesamt 300.000 Nutzern, welche eine Bewertung abgegeben haben, und 137.000 Gesundheitsorganisationen stellt „Zorgkaart“ die zentrale Initiative der Qualitätstransparenz aus den Reihen der weiteren Akteure dar.

Das „Niederländische Institut für Gesundheitsforschung“ (NIVEL) betreibt ein Portal, das auf Basis von Daten der Leistungserbringer, die durch NIVEL aufbereitet und gepflegt werden, Versicherten eine Entscheidungshilfe bei der Arztwahl geben soll („kiesuwhuisarts“).

Darüber hinaus haben verschiedene weitere Akteure ihre eigenen Initiativen entwickelt. So haben die Krankenversicherer zur Auswertung und zum Ausbau der Patientenbefragung eine Stiftung gegründet („Miletus Stiftung“) und Versorgungsqualität durch die Verwendung sogenannter „Patient-Reported Outcome Measures“ (PROM) initiiert.<sup>50</sup> Die Krankenkassen arbeiten dabei im Rahmen einer Versichertenbefragung zusammen, um „qualitativ hochwertige Informationen über das Ergebnis, vorzugsweise den gesamten Versorgungsprozess und ihren Wert für den Patienten“ zu entwickeln.<sup>51</sup> Die Ergebnisse der Befragung werden u. a. zum Monitoring von Behandlungs- und Qualitätsinformationen oder in Qualitätsdialogen mit den Leistungserbringern benutzt.

Zudem sind auch Gesundheitsdienstleister über eigene Qualitätsmanagementprozesse am Public Reporting in den Niederlanden beteiligt. So entwickelte eine Gruppe von Dienstleistern<sup>52</sup> das Programm der „Hospital Standardized Mortality Ratio“ mit dem Ziel, interne Qualitätsverbesserungen zu erreichen. Dazu wurden im Jahr 2010 alters- und geschlechtsstandardisierte Mortalitätsraten der Krankenhäuser erhoben und im Jahr 2011 erstmalig veröffentlicht. Das „Routine Outcome Monitoring“ (ROM) wird zum Monitoring der Behandlungs- und Qualitätsergebnisse von den Gesundheitsdienstleistern in Zusammenarbeit mit den Krankenkassen durchgeführt und durch die „Stiftung Benchmark“ GGZ

50 Van den Berg et al. 2014.

51 <https://www.patientvervangingsmetingen.nl/> (Download 19.10.2017).

52 Anfänglich die „Reinier de Graaf“-Gruppe, die „Krankenhausgruppe Twente“, Prismant, CBO, RIVM und das Imperial College London, später erweitert um Statistics Netherlands (DHD, 2013) und das Board of Dutch Hospital Data (NVZ & NFU).

(SBG) verwaltet. Ziele dieser Maßnahme sind neben der Qualitätsanalyse vor allem ein Wettbewerbsgedanke und eine damit einhergehende Leistungsverbesserung. In diesem Zuge wurde auch das DICA-Institut (s. o.) gegründet, dessen Qualitätsdaten aus dem klinischen Bereich mittlerweile u. a. vom IGJ/IGZ als Leistungsindikator verwendet werden.

Schließlich gibt es in den Niederlanden auch vereinzelt fachgruppen- und regionalspezifische Qualitätsinitiativen, die im Weiteren nicht in die quantitative Analyse einbezogen wurden. So hat z. B. die „Niederländische Organisation der Hebammen“ (KNOV) in Zusammenarbeit mit der Gesundheitsaufsichtsbehörde IGJ/IGZ und einigen Krankenversicherungen Indikatoren zur Bestimmung der Versorgungsqualität in geburtshilflichen Praxen mit dem Ziel einer Entscheidungshilfe für Versicherte entwickelt, zu denen Daten veröffentlicht werden. Darüber hinaus existiert für Parkinsonpatienten ein Suchportal der „Niederländischen Gesellschaft für Neurologie“ (NVN). Dabei können gezielt auf diese Patientengruppe ausgerichtete Gesundheits- und Pflegeangebote über ein benutzerfreundlich aufgebautes Portal gefunden werden.<sup>53</sup>

### 4.3.3 Veröffentlichung von Qualitätsdaten

#### 4.3.3.1 Überblick zentrale Portale und Qualitätsmerkmale

Aufgrund der Fokussierung auf Angebote an veröffentlichten Qualitätsdaten zu niedergelassenen Ärzten (vgl. Abschnitt 3.2) beschränkt sich die quantitative Analyse für die Niederlande auf sechs relevante, im Weiteren genauer betrachtete PR-Portale. Zunächst wird ein Überblick über die betrachteten Portale gegeben (Tabelle 18), wobei die verfolgten Ziele, die Datenquellen und Angaben zu den Betreibern dargestellt werden.

53 <https://www.parkinsonzorgzoeker.nl/> (Download 20.10.2017).

TABELLE 18: Überblick zentrale Public-Reporting-Portale in den Niederlanden

Portalname	Ziel	Betreiber	Datenherkunft	Internetlink
Zorgkaart Nederland	Stärkung der Patientenmündigkeit (Entscheidungshilfe bei Arztwahl)	Patienteninitiativen	Patientenbewertungen und staatliche Strukturdaten	<a href="https://www.zorgkaartnederland.nl/">https://www.zorgkaartnederland.nl/</a>
Independer	Vergleichsportal u. a. für Leistungen von Hausärzten	Achmea BV*	Patientenbewertungen	<a href="https://www.independer.nl/huisarts/intro.aspx">https://www.independer.nl/huisarts/intro.aspx</a>
ikzoekeen-huisarts	Entscheidungshilfe bei Arztwahl	DGN Publishers BV*	Patientenbewertungen	<a href="http://www.ikzoekeenhuisarts.nl">www.ikzoekeenhuisarts.nl</a>
kiesuwhuisarts	Entscheidungshilfe bei Arztwahl	Niederländisches Institut für Gesundheitsforschung (NIVEL)**	Leistungserbringer und Datenpflege durch Betreiber	<a href="https://www.kiesuwhuisarts.nl/">https://www.kiesuwhuisarts.nl/</a>
Zorgvinder	Qualitätstransparenz zur Förderung des Wettbewerbs zwischen Leistungserbringern	CZ Krankenversicherung*	Leistungserbringer	<a href="https://zorgvinder.cz.nl/">https://zorgvinder.cz.nl/</a>
Menzis	Qualitätstransparenz zur Förderung des Wettbewerbs zwischen Leistungserbringern	Menzis Krankenversicherung*	Leistungserbringer	<a href="https://www.menzis.nl/zorgvinder/">https://www.menzis.nl/zorgvinder/</a>

\* Privater Betreiber.

\*\* Unabhängiges Forschungsinstitut, zu einem Teil über einen Grundhaushalt staatlich finanziert.

Quelle: IGES auf Basis von veröffentlichten Daten der PR-Portale

Das Angebot an PR-Portalen in den Niederlanden umfasst zum einen das „Zorgkaart“-Portal der „Niederländischen Patienten- und Verbraucherverbände“ (NPCF, Zusammenschluss von 160 Patienten- und Verbraucherorganisationen) und Partnern. Sie ist laut eigenen Angaben die größte niederländische Plattform, auf der Patienten ihre Erfahrungen austauschen können. Neben Patientenbefragungen dienen staatliche Strukturdaten als Datenquelle. Das Ziel des Portals ist die Stärkung der Patientenmündigkeit und Bereitstellung einer Entscheidungshilfe bei der Arztwahl. Auf dem „Zorgkaart“-Portal werden u. a. auch Daten zu spezifischen Leistungsbereichen veröffentlicht. So werden z. B. die Zufriedenheit der Patienten mit chronisch-obstruktiven Darmerkrankungen oder die Wartezeiten bei ambulanten augenärztlichen oder rheumatologischen Behandlungen dargelegt. Der Betreiber von „Zorgkaart“ macht ausführliche Angaben zur Qualitätssicherung seiner Daten. So werden z. B. laufend Preise vergeben für die Verbesserung der Versorgung, die gesammelten Bewertungen werden einer Qualitätssicherung unterzogen (Zurückverfolgung von IP-Adressen, um zu verhindern, dass User „duplizierte“ Bewertungen abgeben).

Zum anderen gibt es von privaten Anbietern betriebene Portale, die auf der Grundlage von Daten aus Patientenbewertungen Entscheidungshilfen bei der Arztwahl anbieten. Das Portal „Independer“ des Betreibers „Achmea BV“ ist ein großes Vergleichsportal, welches neben Informationen zum Leistungsspektrum von Hausärzten auch Vergleiche von Dienstleistern aus anderen Branchen (u. a. Finanzen und Energie) anbietet. Auch auf dem Portal „ikzoekeenhuisarts“ des Betreibers „DGN Publishers BV“ finden sich neben Angaben zu Hausärzten Angebot von Dienstleistern aus anderen Branchen.

Das Portal „kiesuwhuisarts“ des zum Teil über einen öffentlichen Grundhaushalt finanzierten „Niederländischen Instituts für Gesundheitsforschung“ (NIVEL) beschränkt sich hingegen auf Dienstleister aus dem Gesundheitsbereich. Das NIVEL bereitet Daten von Leistungserbringern auf, pflegt und publiziert sie mit dem Ziel, Patienten eine Entscheidungshilfe bei der Arztwahl zu geben.

Darüber hinaus gibt es in den Niederlanden PR-Portale von Krankenversicherungsunternehmen. Das Portal „Zorgvinder“ wird von der gemeinnützigen Krankenversicherungsgenossenschaft CZ betrieben. Die größte Krankenkasse der Niederlande (2,7 Millionen Versicherte) veröffentlicht benutzerfreundlich aufbereitete Informationen von Leistungserbringern, mit denen die Kasse einen Leistungsvertrag abgeschlossen hat (Zustimmung des Leistungserbringers vorausgesetzt), anhand derer die Versicherten einen Gesundheitsdienstleister auswählen können. Ähnlich organisiert ist das Portal der gemeinnützigen Krankenversicherungsgenossenschaft „Menzis“. Die privaten PR-Portale verstehen die Verbesserung der Qualitätstransparenz als Mittel zur Erreichung des Ziels einer Förderung des Wettbewerbs zwischen den Leistungserbringern.

Anschließend werden die im Wesentlichen abgebildeten Qualitätsmerkmale zusammenfassend dargestellt, wobei an dieser Stelle der Fokus zunächst auf Unterschiede zwischen den Portalen gelegt wird (Tabelle 19).

Die Patientenbewertungen auf dem „Zorgkaart“-Portal beziehen sich auf die Bereiche Termine/Wartezeit, Behandlung, Mitarbeiter, Informationen, Kommunikation, Praxis sowie ggf. digitale Angebote (Onlinerezepte, E-Consult, Onlineterminvereinbarung und medizinische Onlinedateien). Außerdem kann zu einer Praxis ein Profil mit Leistungsdaten angelegt werden.

TABELLE 19: Überblick Qualitätsmerkmale auf zentralen Public-Reporting-Portalen in den Niederlanden

Portalname	Strukturqualität			Prozessqualität		Ergebnisqualität
	Arztpraxis	Fachkompetenz/Leistungsangebot	Weitere Aspekte	Kommunikation	Leistungsverhalten	Behandlungserfolg
Zorgkaart	Praxisgestaltung	Facharztbezeichnung, Schwerpunktgebiete	Onlineterminvereinbarung	Einbeziehung des Patienten in Entscheidungen	Leistungsverhalten (Verordnungsverhalten)	Patientenzufriedenheit, Weiterempfehlungen durch andere Patienten
Independer	Sauberkeit und Hygiene, spezielle Leistungsangebote, Öffnungszeiten	Angebot besonderer Leistungen, Facharztbezeichnung, Schwerpunktgebiete	Onlineterminvereinbarung, Darstellung digitaler Einzelleistungen	Verständliche Aufklärung und Beratung	-	Patientenzufriedenheit, Weiterempfehlungen durch andere Patienten
ikzoekeenhuisarts	nur Lagebeschreibung, Distanz & Kontaktdaten	Facharztbezeichnung	-	-	-	-
kiesuwhuisarts	spezielle Leistungsangebote, Terminvergabe, Kooperationen, Barrierefreiheit, Öffnungszeiten	Leistungsangebot, Schwerpunktgebiete	Darstellung digitaler Einzelleistungen, E-Mail-Beratung	-	-	-
Zorgvinder	Barrierefreiheit	Fortbildungen, Qualifikationen, Berufserfahrung, Zusatzqualifikationen	elektronisches Rezept, Beratung per E-Mail	transparente Kostenkommunikation	-	Patientenzufriedenheit
Menzis	Kooperationen und Überweisungen	Facharztbezeichnung, Leistungsangebot, Schwerpunktgebiete	vernetzte Praxis	transparente Kostenkommunikation	-	-

Quelle: IGES auf Basis von veröffentlichten Daten der PR-Portale

Das Portal „independer“ zeichnet sich aus durch Angaben zur Sauberkeit und Hygiene zu speziellen Leistungsangeboten und Öffnungszeiten der Praxis, zu Facharztbezeichnung und Schwerpunktgebieten des Arztes sowie zu Möglichkeiten der Onlineterminvereinbarung und zur Darstellung digitaler Einzelleistungen. Des Weiteren werden aus Patientenbefragungen Einschätzungen zur Verständlichkeit der Aufklärung und Beratung sowie Angaben zur Patientenzufriedenheit und zu Weiterempfehlungen durch andere Patienten veröffentlicht.

Die Portale „kiesuwhuisarts“ und „ikzoekeenHuisarts“ beschränken sich bezüglich der Angaben zu Qualitätsmerkmalen auf die Strukturqualität (Kontaktdaten, Facharztbezeichnung etc.). Bei einigen Praxen können auf der Plattform „kiesuwhuisarts“ weitere Qualitätsmerkmale abgerufen werden (spezielle Leistungsangebote, Terminvergabe, Kooperationen, Barrierefreiheit, Öffnungszeiten, Leistungsangebot, Schwerpunktgebiete, Darstellung digitaler Einzelleistungen, E-Mail-Beratung).

Das Angebot der betrachteten Portale der Krankenkassen („Menzis“, „Zorgvinder“) umfasst neben diversen Merkmalen der Strukturqualität (Facharztbezeichnung, Leistungsangebot, Schwerpunktgebiete, Barrierefreiheit, Fortbildungen, Qualifikationen, Berufserfahrung, Zusatzqualifikationen, Kooperationen und Überweisungen, elektronisches Rezept, Beratung per E-mail, vernetzte Praxis) auch Angaben zur Prozessqualität (transparente Kostenkommunikation) und zur Ergebnisqualität (Patientenzufriedenheit, objektive / staatliche Qualitätsdaten).

### 4.3.3.2 Quantitative Auswertung Qualitätsmerkmale

#### Strukturqualität

Während sich zu den meisten Aspekten der Strukturqualität in Bezug auf die Arztpraxis in den Niederlanden mindestens ein PR-Portal mit entsprechenden Angaben findet, werden keine Angaben zur Wartezeit in der Praxis und zur Ausstattung mit (modernen) Geräten gemacht (Tabelle 20).

**TABELLE 20: Abbildung von Aspekten mit Bezug zur Arztpraxis auf Public-Reporting-Portalen in den Niederlanden**

Qualitätsaspekt	Anzahl der Portale mit veröffentlichten Daten zum Qualitätsaspekt	Anteil an allen Portalen
Lage	6	100%
Anfahrt / Karte	6	100%
Sonstiges	5	83%
Kontakt / Telefonnummer	5	83%
Terminvergabe	5	83%
spezielles Leistungsangebot	3	50%
Öffnungszeiten	3	50%
Praxisgestaltung (Ambiente / Entertainment)	2	33%
Barrierefreiheit	2	33%
Sauberkeit und Hygiene	1	17%
(moderne) Geräteausstattung	0	0%
Wartezeiten in der Praxis	0	0%
Sonstiges: Erreichbarkeit der Praxis. Quelle: IGES auf Basis von veröffentlichten Daten der PR-Portale		

**TABELLE 21: Abbildung der Fachkompetenz des Personals und des Leistungsangebots auf Public-Reporting-Portalen in den Niederlanden**

Qualitätsaspekt	Anzahl der Portale mit veröffentlichten Daten zum Qualitätsaspekt	Anteil an allen Portalen
Facharztbezeichnung	6	100%
Schwerpunkte	5	83%
besondere Leistungen	4	67%
Sonstiges	3	50%
Leistungsangebot	3	50%
Fortbildungen / Qualifikationen	1	17%
Berufs- / Behandlungserfahrung (seit wann zugelassen etc.)	1	17%
Zusatzqualifikationen	1	17%
Reputation des Arztes (Einschätzung durch andere Ärzte, Lebenslauf des Arztes etc.)	0	0%
Sonstiges: Fremdsprachenkenntnisse des Arztes. Quelle: IGES auf Basis von veröffentlichten Daten der PR-Portale		

TABELLE 22: **Abbildung von weiteren Aspekten der Strukturqualität auf Public-Reporting-Portalen in den Niederlanden**

Qualitätsaspekt	Anzahl der Portale mit veröffentlichten Daten zum Qualitätsaspekt	Anteil an allen Portalen
<b>digitale Angebote</b>		
Onlineterminvereinbarung	4	67%
Darstellung einzelner Leistungen	3	50%
Sonstiges	2	33%
vernetztes Praxis	1	17%
Videosprechstunde	0	0%
<b>Unabhängigkeit des Arztes</b>		
Verzicht auf Anwendungsbeobachtung	0	0%
Verzicht auf pharmafinanzierte Fortbildungen	0	0%
Verzicht auf Muster / Geschenke / Zuwendungen durch Pharmafirmen	0	0%
Sonstiges	0	0%
<b>Patientenstruktur</b>		
Angaben zur Patientenstruktur nach Art der akzeptierten Art der Versicherung	0	0%
Sonstiges: E-Rezept, Beratung per E-Mail. Quelle: IGES auf Basis von veröffentlichten Daten der PR-Portale		

Auch die meisten Aspekte der Fachkompetenz des Personals und des Leistungsangebots werden in den Niederlanden über mindestens ein Portal abgedeckt (Tabelle 21). Allerdings werden Angaben zur Berufserfahrung sowie zu Fortbildungen und (Zusatz-)Qualifikationen des Arztes nur sehr vereinzelt veröffentlicht.

Informationen zu weiteren Aspekten der Strukturqualität finden sich auf den niederländischen Portalen nur in sehr begrenztem Umfang (Tabelle 22). Einige Portale veröffentlichen Angaben zu digitalen Angeboten, wie einer Onlineterminvereinbarung, der Darstellung einzelner Leistungen und der Möglichkeit, E-Rezepte bzw. eine Beratung per E-Mail zu erhalten. Zur Unabhängigkeit des Arztes und zur Patientenstruktur werden allerdings keine Angaben veröffentlicht.

### Prozessqualität

Nur zwei der sechs betrachteten niederländischen Portale enthalten Angaben zum Koordinationsverhalten der Ärzte und nur eines („Zorgkaart“) zum Leistungsverhalten (Tabelle 23).

Etwas umfangreichere Angaben finden sich zum zweiten untersuchten Bereich der Prozessqualität, der Kommunikation und Behandlungsgestaltung (Tabelle 24). Hierzu tragen im Wesentlichen die beiden (teil-)staatlichen Portale („Zorgkaart“ und „Independer“) und die beiden Portale der Krankenkassen („Menzis“ und „Zorgvinder“) bei. Sie decken über Patientenbefragungen das Spektrum an Aspekten der Kommunikation und Behandlungsgestaltung (mit der Ausnahme von Angaben zur Unterstützung bei der Einholung einer ärztlichen Zweitmeinung) ab.



**TABELLE 23: Abbildung von Aspekten des Leistungs- und Koordinationsverhaltens auf Public-Reporting-Portalen in den Niederlanden**

Qualitätsaspekt	Anzahl der Portale mit veröffentlichten Daten zum Qualitätsaspekt	Anteil an allen Portalen
Kooperationen und Überweisungen	2	33%
Leistungsverhalten (Verordnungsverhalten etc.)	1	17%

Quelle: IGES auf Basis von veröffentlichten Daten der PR-Portale

**TABELLE 24: Abbildung von Aspekten der Kommunikation und Behandlungsgestaltung auf Public-Reporting-Portalen in den Niederlanden**

Qualitätsaspekt	Anzahl der Portale mit veröffentlichten Daten zum Qualitätsaspekt	Anteil an allen Portalen
weiterführende Hinweise auf verlässliche Information und Beratung	3	50%
verständliche Aufklärung und Beratung	2	33%
Empathie und Wertschätzung des Arztes	2	33%
Vermittlung von Diagnosen	2	33%
transparente Kostenkommunikation	2	33%
Einbeziehung in Entscheidungen	1	17%
Einschätzungen zur Freundlichkeit des Personals	1	17%
Sonstiges	1	17%
Unterstützung/Angebot Zweitmeinung	0	0%
Wahrung der Intimsphäre	0	0%
Einsicht in Patientenunterlagen	0	0%

Sonstiges: Umfassende Patientenbewertung anhand einer Auswahl an vorgegebenen Qualitätsaspekten.  
Quelle: IGES auf Basis von veröffentlichten Daten der PR-Portale

**TABELLE 25: Abbildung von Aspekten des Behandlungserfolgs auf Public-Reporting-Portalen in den Niederlanden**

Qualitätsaspekt	Anzahl der Portale mit veröffentlichten Daten zum Qualitätsaspekt	Anteil an allen Portalen
Patientenzufriedenheit	3	50%
Weiterempfehlungen durch andere Patienten	2	33%
Sonstiges	1	17%
Objektive Daten zur Ergebnisqualität der Einrichtung	0	0%
Hinweise auf Über-/Unterversorgung	0	0%

Sonstiges: Zertifizierungen, Kurse/Trainings/Weiterbildungen.  
Quelle: IGES auf Basis von veröffentlichten Daten der PR-Portale

## Ergebnisqualität

Daten zur Ergebnisqualität ambulanter Einrichtungen werden auf den niederländischen Portalen bislang kaum veröffentlicht. Auf drei der sechs niederländischen Portale („Zorgkaart“, „Independer“ und „Zorgvinder“) sind Angaben zur Patientenzufriedenheit verfügbar (Tabelle 25). Die beiden (teil-)staatlichen Portale („Zorgkaart“ und „Independer“) enthalten darüber hinaus Angaben zu Weiterempfehlungen durch Patienten.<sup>54</sup>

### 4.3.3.3 Differenzierungsgrad der Qualitätsdaten

In der Regel werden die Qualitätsdaten in den Niederlanden durch die Portale auf Ebene der einzelnen Leistungserbringer (niedergelassene Ärzte) veröffentlicht und sind damit den einzelnen Leistungserbringern namentlich zuzuordnen. Über die ebenfalls veröffentlichten Adressdaten der Leistungserbringer lässt sich somit auch eine Differenzierung nach Fachgruppen und nach Regionen vornehmen. Eine Differenzierung nach Einzelleistungen erfolgt auf den niederländischen Portalen allerdings nicht.

## 4.3.4 Umsetzungs- und Wirkungsanalyse der Portale

### Umsetzung der mit den PR-Portalen verfolgten Ziele

Die Umsetzung der relativ neuen Initiativen im staatlichen Public Reporting ist bereits weit fortgeschritten. So gibt es im Verlauf der Jahre in den Niederlanden sehr viele verschiedene Gesetzesentwürfe und Programme, welche zur Weiterentwicklung der Qualitätstransparenz beitragen. Dazu beigetragen hat u. a. die Vernetzung der unterschiedlichen Ebenen und Akteure mit dem Ziel der informierten Entscheidung der Patienten. Dabei zu nennen ist das „kiesbeter“-Portal, welches eine Verzahnung von vielen Qualitätsinformationen für den stationären Bereich schafft. Eine Anwendung für den ambulanten ärztlichen Bereich ist bislang allerdings nicht erfolgt.

Das wichtigste Portal für den ambulanten Bereich, „Zorgkaart“, beruht ebenfalls auf verschiedenen Daten, wobei die Patientenbewertung einen großen Stellenwert einnimmt. Die Informationen auf „Zorgkaart“ sind sehr übersichtlich und klar transparent dargestellt. So werden die Rückmeldungen der Patienten nach Aktualität und Jahren angegeben und diese als Jahresmittel dargestellt. Die Bewertungen können sowohl auf Ebene des einzelnen Arztes als auch auf Ebene der Einrichtung abgerufen werden.

Das „independer“-Portal bietet übersichtlich aufgebaut die wichtigsten Informationen zur Arztwahl mit der Möglichkeit der Angabe weiterer Informationen durch den Leistungserbringer.

Das Portal der Krankenkasse CZ „Zorgvinder“ stellt sich als interaktive Karte mit Darstellung der Vertragspartner sehr modern und übersichtlich auf. Dadurch soll das Ziel des Service für die entsprechenden Versicherten ansprechend umgesetzt werden. Durch ausklapp-

<sup>54</sup> Auf dem „Zorgvinder“-Portal der CZ Krankenversicherung ist in den Datenmasken grundsätzlich die Möglichkeit vorgesehen, ähnlich wie zum stationären Bereich auch für niedergelassene Ärzte objektive Daten zur Ergebnisqualität auf Ebene der Praxis zu veröffentlichen. Bisher liegen dazu auf dem Portal allerdings kaum Angaben veröffentlicht vor.



bare Qualitätsinformationen werden auf den ersten Blick nur die wesentlichen Aspekte und bei Bedarf weitere Informationen (Qualitätsinformationen, Patientenzufriedenheit, Praxisausstattung) zur Verfügung gestellt. Die listenbasierte Darstellung der Suchergebnisse des Portals „Menzis“ ist eine ähnlich nutzerfreundliche Darstellung. Die entscheidenden Informationen werden oben dargestellt und darunter in verschiedenen Karten weitere Informationen.

Das IGJ (früher IGZ) zeichnet sich durch sein breites Angebot an Qualitätsindikatoren mit anschließendem Inspektionsbesuch zur Bewahrung der Qualität im Gesundheitssystem aus.

Die „Zorgbalans“ aus dem Jahr 2014 kommt zu dem Schluss, dass bei der Qualitätstransparenz in den Niederlanden noch nicht das ursprünglich gesetzte Ziel erreicht wurde, jedoch kontinuierlich mit verschiedenen Änderungen und Akteuren daran gearbeitet wird.<sup>55</sup> Daneben wird auch kritisiert, dass Krankenkassen und Gesundheitsdienstleister selbst einen Großteil der Daten erheben. Des Weiteren wird auf die unzureichende Informationsinfrastruktur hingewiesen. In der „Zorgbalans“ wird geschlussfolgert, dass eine bessere Informationsinfrastruktur qualitativ bessere Informationen liefert und somit zur Transparenz der Versorgungsqualität beiträgt. Zum anderen werden Registrierungen und Zertifizierungsprozesse als maßgeblich für eine Qualitätsverbesserung und Transparenz der Qualität angesehen.

#### Wirkung der Veröffentlichungen von Qualitätsdaten

Über die Auswirkungen der betrachteten Public-Reporting-Angebote und Qualitätstransparenzinitiativen in den Niederlanden ist bisher nicht sehr viel bekannt.

Mit vier Millionen Seitenaufrufen, 9.000 neuen Bewertungen pro Monat und 137.000 Gesundheitsorganisationen stellt das „Zorgkaart“-Portal eine wichtige Initiative dar. Bisher haben 300.000 Nutzer Bewertungen abgegeben. In Zusammenarbeit mit der Freien Universität Amsterdam und dem Talma Institut wurden von „Zorgkaart“ Grenzen festgelegt, ab welcher Anzahl von Bewertung eine gerechtfertigte Entscheidung getroffen werden kann.<sup>56</sup> Demnach ist eine valide Aussage ab neun Bewertungen für ambulante Ärzte zulässig. Zudem wird gezeigt, dass sich die Unterschiede in der staatlichen Befragung durch den CQ-Index und die Patientenbewertungen auf „Zorgkaart“ nur gering unterscheiden. Somit kann von einer relevanten Qualitätsdarlegung mittels Patientenbewertung von dieser Plattform ausgegangen werden. Ein im Jahr 2016 im Journal of Medicine erschienener Artikel kommt allerdings zum Fazit, dass mit der damaligen Zahl an Bewertungen „Zorgkaart“ noch kein valides Qualitätsinstrument darstellt.<sup>57</sup>

In einer Untersuchung hinsichtlich der Informationsdarstellung für den Patienten wurde besonders bei „kiesbeter“, aber auch bei „independer“ der Balance-Akt zwischen Informationsfülle und -mangel für verschiedene Patienten aufgezeigt.<sup>58</sup> So stellte sich heraus, dass viele Benutzer mit den bereitgestellten Informationen nicht gut umgehen konnten. Einige bewerteten die Informationen als zu umfangreich, einige Befragte hätten sich weitere Informationen gewünscht. Des Weiteren war den Befragten bei einigen Indikatoren nicht klar, ob die bewertete Einrichtung gut oder schlecht abschnitt.<sup>59</sup>

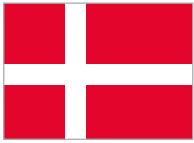
55 Van den Berg et al. 2014.

56 Vgl. Geesink 2013.

57 <https://www.zorgkaartnederland.nl/feiten-en-cijfers/zorgkaartnederland-een-kwaliteitsinstrument> (Download 27.10.2017).

58 Vgl. Damman 2010.

59 Vgl. Van den Berg et al. 2014.



## 4.4 Dänemark

### 4.4.1 Institutioneller Rahmen

Dänemark weist ein Gesundheitssystem auf, in dem die Ausgaben überwiegend steuerfinanziert sind. Jeder registrierte Einwohner Dänemarks hat Anspruch und Zugang auf die öffentliche Gesundheitsversorgung. Ausgaben für zahnmedizinische Versorgung, Medikamente, Psychotherapie und Augenoperationen werden im Rahmen der öffentlichen Gesundheitsversorgung nur teilweise getragen. Hierfür haben rd. 38 Prozent der Dänen private Krankenversicherungen abgeschlossen, die für Zuzahlungen zu bestimmten Medikamenten, zahnmedizinischen Behandlungen und weiteren Leistungen aufkommen und unter bestimmten Bedingungen auch staatlich subventioniert werden.<sup>60</sup>

Im Rahmen des öffentlichen Gesundheitssystems haben die Einwohner Dänemarks die Wahl zwischen zwei Versicherungsgruppen. Bei der ersten Versicherungsgruppe erfolgt eine Einschreibung bei einem bestimmten, frei wählbaren Hausarzt. Im Regelfall kann ein eingeschriebener Patient nur nach Überweisung durch diesen Hausarzt von einem Facharzt oder im Krankenhaus behandelt werden (wobei Zahnärzte, Augenärzte und Hals-, Nasen- und Ohrenärzte weiterhin frei zugänglich sind). Bei der zweiten Versicherungsgruppe entfällt ein solches Gatekeeping durch den gewählten Hausarzt. Alle Fachärzte können aufgesucht werden, wobei durch eine teilweise Rückerstattung nach einem direkt bezahlten Arztbesuch zu übernehmende Kosten auf den Patienten entfallen. In der zweiten Versicherungsgruppe ist mit unter 2 Prozent nur ein sehr geringer Teil der dänischen Bevölkerung eingeschrieben.<sup>61</sup>

Der überwiegende Teil der Behandlungen in Dänemark wird vom Hausarzt geleistet. Nur bei etwa 10 Prozent aller Hausarztbesuche wird der Patient an eine andere Stelle im Gesundheitswesen weitergeleitet.<sup>62</sup> Die ambulante fachärztliche Versorgung erfolgt durch niedergelassene Spezialisten oder durch die Ambulanzen der Krankenhäuser.<sup>63</sup> Nur 10 Prozent der niedergelassenen Ärzte sind Fachärzte (in diesem Fall weder Haus- noch Zahnarzt).<sup>64</sup>

### 4.4.2 Überblick Public-Reporting-System

#### Public Reporting im staatlichen Versicherungssystem

Das dänische Public-Reporting-System wird dominiert von staatlichen Akteuren bzw. staatlichen Angeboten, welche oft untereinander vernetzt sind. Unter dem Dach des dänischen Gesundheitsministeriums existieren mehrere Institutionen mit der Aufgabe der Qualitätsanalyse der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung (Abbildung 4).

60 Angaben zur Anzahl Versicherter mit sogenannter „Complementary voluntary (private) health insurance“ in Dänemark. The Commonwealth Fund 2017: International Health Care System Profiles, [http://international.commonwealthfund.org/features/who\\_covered/](http://international.commonwealthfund.org/features/who_covered/) (Download 10.11.2017).

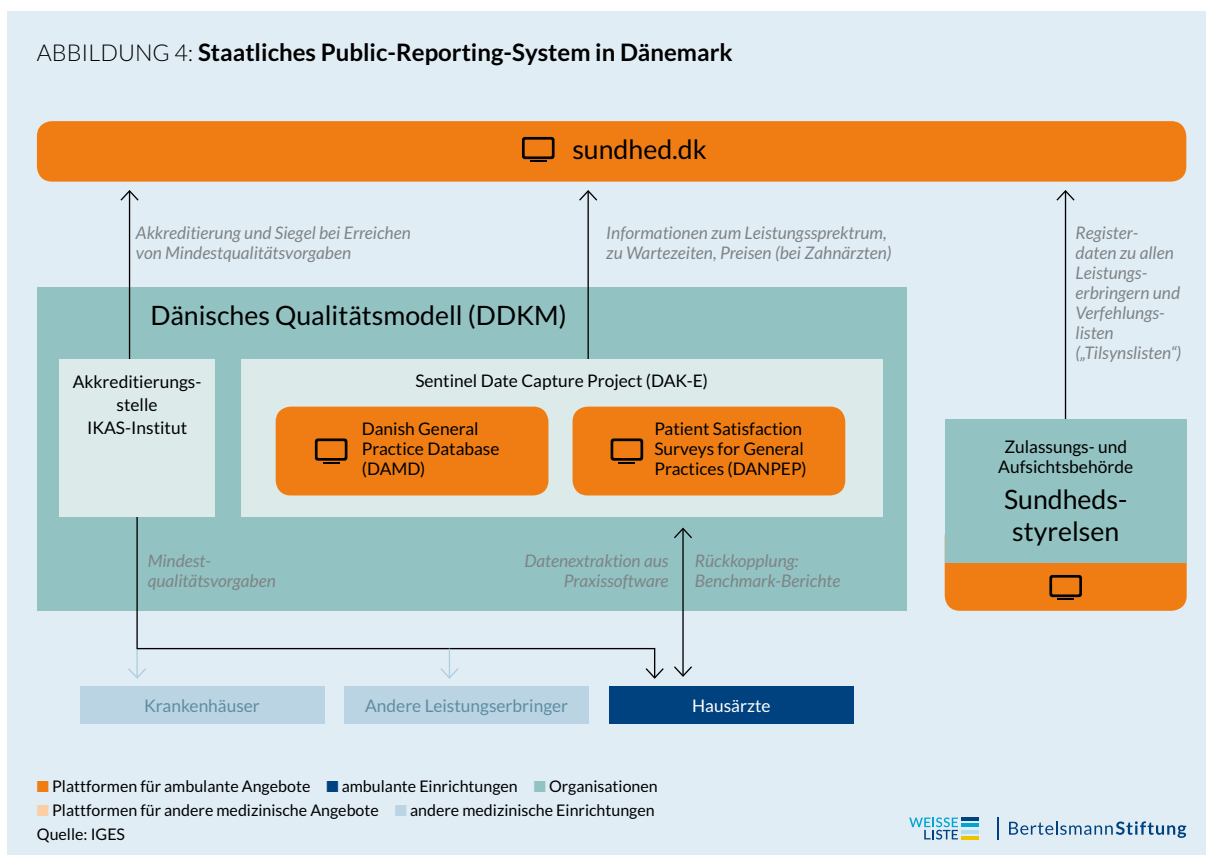
61 Vgl. Gerlinger & Küpper 2015 und <http://www.dsam.dk/flx/english/organisation/> (Download 07.11.2017).

62 [https://www.kkh.de/content/dam/KKH/TEMP/Expertenforum-Gesundheitscoaching/07\\_Der%20Patient%20im%20d%C3%A4nischen%20Gesundheitssystem.pdf](https://www.kkh.de/content/dam/KKH/TEMP/Expertenforum-Gesundheitscoaching/07_Der%20Patient%20im%20d%C3%A4nischen%20Gesundheitssystem.pdf) (Download 03.11.2017).

63 Schölkopf & Pressel 2010.

64 <https://gesundheitsseiten.de/start.php?nas=1,0350,0210> (Download 03.11.2017).

ABBILDUNG 4: Staatliches Public-Reporting-System in Dänemark



Zuständig für die Bereitstellung von Informationen für Patienten, Leistungserbringer und andere öffentliche Einrichtungen ist in Dänemark die staatliche Aufsichtsbehörde „Sundhedsstyrelsen“, über die auch die Erteilung von Zulassungen für Ärzte und andere Leistungserbringer erfolgt.<sup>65</sup> Die Behörde überwacht die Einhaltung von Behandlungsrichtlinien und Dokumentationspflichten. Bei Vorliegen nachgewiesener Verfehlungen oder Zulassungsbeschränkungen werden auf der Website von „Sundhedsstyrelsen“ die betroffenen Leistungserbringer namentlich genannt und Angaben zu ihrer Verfehlung veröffentlicht („Tilsynslisten“). Diese Verfehlungslisten wurden in den folgenden Abschnitten in die Portalanalyse miteinbezogen.

Auf der vom „Sundhedsstyrelsen“ betriebenen Plattform „sundhed.dk“ können sich Versicherte anhand gemessener Aspekte wie Qualität, Effizienz, Patientenbeteiligung und Wartezeiten einen Überblick über die Ergebnisse des Gesundheitswesens und die Verbesserungspotenziale verschaffen. Dazu wurden von zahlreichen staatlichen Akteuren Indikatoren erarbeitet. Dadurch soll ein Qualitätsvergleich u. a. der Regionen und Gemeinden ermöglicht werden. So sind Daten u. a. zu Aspekten des öffentlichen Gesundheitswesens (z. B. Raucher, Alkoholkonsum, Übergewicht, körperliche Aktivität), Patientensicherheit (z. B. Krankenhausinfektionen und -mortalität), Qualität (Mortalität) und Patientenzufriedenheit vorhanden. Die Abrechnungsdaten auf der individuellen und zum Teil auch aggregierten Ebene sind allerdings nur mit Zugangsberechtigung einsehbar.

Das zentrale Portal, über das jeder Versicherte in Dänemark Zugang zu Qualitätsdaten der Leistungserbringer erhält, ist „sundhed.dk“. Über „sundhed.dk“ können Versicherte und Leistungserbringer Informationen sowie die eigenen Gesundheitsdaten (elektronische Pati-

65 <https://stps.dk/da/ds/opslagautreg> (Download 12.10.2017).

entenakte) abrufen, Rezepte verlängern oder Termine vereinbaren.<sup>66</sup> Neben der eigenen Gesundheitsakte gibt es weitere Informationen wie ein Patientenhandbuch. Das seit dem Jahr 2003 bestehende und von den fünf dänischen Regionen geführte Portal enthält zudem Informationen zu Wartezeiten, Patientenbewertungen und Qualitätsinformationen für den stationären sowie für den ambulanten Sektor. Im Rahmen der aktuellen intersektoralen Digitalisierungsstrategie der dänischen Regierung werden die Schnittstellen und die Interoperabilität der unterschiedlichen Dokumentations- und Codiersysteme im ambulanten und stationären Sektor optimiert.<sup>67</sup>

Seit dem Jahr 2003 hat die dänische Bevölkerung über „sundhed.dk“ Zugriff sowohl auf ihre eigenen patientenbezogenen Daten als auch auf qualitätsbezogene Behandlungsdaten. Die Patientendaten inklusive Medikamentenpläne, Arztbriefe und viele weitere patientenbezogene Daten können von Akteuren des Gesundheitswesens bei Berechtigung eingesehen werden. Über diese Plattform kann der Patient Gesundheitsdienstleister kontaktieren und mit ihnen oder anderen Patienten kommunizieren. Die Datengrundlage innerhalb der Plattform „sundhed.dk“ geht sogar über die portaleigene Datenspeicherung hinaus, indem „historische“ Behandlungsdaten zurück bis ins Jahr 1977 im Portal eingespeist wurden.

„sundhed.dk“ ermöglicht eine Kostentransparenz, indem den Versicherten über dieses Portal Zugriff auf die Abrechnungen der Ärzte im Rahmen des staatlichen Gesundheitssystems gegeben wird. Neben dem Einblick in staatliche Qualitätsdaten finden die Patienten auch Informationen zu ihren Rechten. Für die Patienten von zentraler Bedeutung sind neben der Behandlungsqualität auch die Wartezeiten (ihre Höhe liegt in Dänemark etwa im internationalen Durchschnitt).<sup>68</sup> Die Wartezeiten in Dänemark werden bezogen auf einzelne Erkrankungen zentral an das „National Board of Health“ gemeldet. Die Bevölkerung hat Zugang zu diesen Daten in anonymisierter Form.<sup>69</sup> „sundhed.dk“ informiert auch zu Organspenden sowie Arzneimitteln und hat ein medizinisches Lexikon. Darüber hinaus sind die Impfungen und präventiven Leistungen jedes Krankenversicherten enthalten. Jeder Versicherte im Alter über 15 Jahren kann dritten Personen einen Zugang zu seinen Gesundheitsleistungen gewähren bzw. sie dazu freischalten lassen.<sup>70</sup>

In Dänemark wird jedes zweite Jahr eine staatlich organisierte Patientenbefragung durchgeführt, deren Ergebnisse ebenfalls auf „sundhed.dk“ veröffentlicht werden.<sup>71</sup> In der Zukunft soll „sundhed.dk“ ausgebaut werden in Richtung einer telemedizinischen Wundbeurteilung, patientenbezogener Informationen im Zusammenhang mit Krebsbehandlung, digitaler Rehabilitation und Telepsychiatrie sowie Fitnessdaten durch Einbeziehung von Daten aus Gesundheits-Apps erfassen.

Das vom „Dänischen Institut für Qualität und Akkreditierung“ (IKAS) betriebene Akkreditierungsprogramm für Gesundheitsversorger mit dem Titel „Dänisches Gesundheitsqualitätsprogramm“ („Den Danske Kvalitetsmodel“, DDKM) wurde mit dem Ziel der

66 <http://www.esundhed.dk/sundhedsregistre/LPR/Sider/LPR.aspx> (Download 03.11.2017).

67 <https://www.sundhed.dk/borger/service/om-sundheddk/om-organisationen/historien-om-sundheddk/> (Download 10.11.2017).

68 [http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oece/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2016\\_9789264265592-en#page177](http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oece/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2016_9789264265592-en#page177) und [http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oece/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2015\\_health\\_glance-2015-en#.Wfw-2tXiZpg#page130](http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oece/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2015_health_glance-2015-en#.Wfw-2tXiZpg#page130) (Download 10.11.2017).

69 <https://www.sundhed.dk/borger/behandling-og-rettigheder/sygehusvalg/ventetider/> (Download 06.10.2017).

70 <https://www.sundhed.dk/borger/service/nyt-og-presse/presserum/pressemeddelelser/nu-kan-venner-og-familie-laese-med/> (Download 13.10.2017).

71 <https://www.sundhed.dk/borger/behandling-og-rettigheder/kvalitet-i-behandlingen/patientoplevelser-i-psykiatri-sygehuse/patientoplevelser-paa-sygehuse/om-undersoegelse-patientopl/> (Download 06.10.2017).

Überwachung von Qualitätsstandards im Jahr 2005 gegründet.<sup>72</sup> So wurden auch verpflichtende Akkreditierungsprogramme im öffentlichen Gesundheitswesen für Hausärzte (Start 1. Januar 2016) und niedergelassene Fachärzte entwickelt.<sup>73</sup> Für die 1.747<sup>74</sup> beteiligten Hausärzte wurde mit dem Start des Akkreditierungsprogramms auch eine Aufwandsentschädigung für die Beteiligung eingeführt. Die erhobenen Daten der akkreditierten Versorger zu versorgungsrelevanten Aspekten, wie Arzneimitteltherapie, Patientenbeteiligung, Überweisungen, Diagnose, Überwachung und Behandlung, sowie organisatorische Aspekte, wie Management, Datensicherheit und Einsatz von neuen Technologien, werden über andere staatlich-kooperierende Kanäle veröffentlicht.

Das „Nationale Indikatorprojekt“ (NIP) war ein Projekt, das zur Qualitätsentwicklung im dänischen Gesundheitssystem beitragen sollte. Das von Regierung und Nichtregierungsorganisationen geführte Projekt umfasste die Entwicklung, die Erprobung und die Umsetzung von Indikatoren und Standards für die Qualität der Gesundheitsdienstleistungen (professionelle Qualität). Das 1999 gegründete Projekt umfasste acht Erkrankungen (u. a. akute gastrointestinale Chirurgie, Diabetes, Herzinsuffizienz, Hüftfrakturen, COPD, Lungenkrebs und Schizophrenie) und endete am 1. Januar 2012.

Das NIP wurde anschließend abgelöst von der „Dänischen Allgemeinmedizinischen Datenbank“ (DAMD), die von der „Dänischen Qualitätseinheit der Allgemeinmedizin“ („Dansk Almenmedicinsk Kvalitets-Enhed“, DAK-E) betrieben wird. Diese bietet auf Grundlage von automatischer Überlieferung von Schlüsseldaten, wie Arzneimittelverordnungen, Behandlungsleistungen, Diagnosen und Laboruntersuchungen, aus der Praxissoftware von Informationen zum Leistungsgeschehen in der ambulanten-ärztlichen Versorgung in Dänemark für definierte Erkrankungen („Sentinel Data Capture“). Aus den Daten sollten mit dem Ziel eines Benchmarkings sogenannte „feedback quality reports“ erstellt und einzelnen Ärzten zur Verfügung gestellt werden. Darüber hinaus sollten die Daten für wissenschaftliche Zwecke zur Verfügung stehen.

Die Datenerhebung im Rahmen des DAMD-„Sentinel Data Capture“-Programms wurde allerdings aus Datenschutz- und Datensicherheitsgründen im September 2014 gestoppt. Die Daten wurden zunächst offline gestellt und gesperrt, bevor sie zum überwiegenden Teil von den Regionalbehörden gelöscht wurden. Die OECD kritisierte dieses Verfahren, da Dänemark dadurch seine Führungsrolle in der outcome-verbessernden Nutzung von Daten aus der hausärztlichen Versorgung verlieren würde.<sup>75</sup> Ausgewählte Daten blieben allerdings (zum Teil) erhalten, insbesondere zu spezifischen Erkrankungen, wie Diabetes, COPD, Herzfehlern und Depression. Die Wiederaufnahme der Datenerhebung ist geplant, zunächst zumindest für einzelne Erkrankungen (Diabetes und COPD), befindet sich gegenwärtig (Stand November 2017) allerdings noch in politischer Klärung.<sup>76</sup> Im Februar 2017 stimmte das dänische Parlament der Wiederaufnahme unter im Vergleich zum ursprünglichen Ansatz eingeschränktem Datenzugang zu.<sup>77</sup> Auf einer Demoseite können Informationen zur Oberfläche und zum Inhalt für die fünf abgebildeten Erkrankungen eingesehen werden.<sup>78</sup> Die Struktur dieses Datenangebots wurde im Weiteren der Portalanalyse zugrunde gelegt.

72 <http://www.ikas.dk/den-danske-kvalitetsmodel/ddkm-in-english/introduction-to-ddkm/> (Download 13.10.2017).

73 <http://www.ikas.dk/deltagere-i-ddkm/almen-praksis/ddkm-for-almen-praksis/> (Download 03.11.2017).

74 Stand 01.01.2017.

75 <https://sciencebusiness.net/healthy-measures/patient-outcomes/oecd-urges-denmark-get-its-primary-care-database-back-online> (Download 07.11.2017).

76 <https://www.dak-e.dk/dake/historie.php> (Download 03.11.2017).

77 <https://www.dak-e.dk/damd/styregruppe.php> (Download 03.11.2017).

78 <http://demo.dak-it.dk/> (Download 03.11.2017).

Das DAK-E betreibt darüber hinaus mit den Programmen „Danske Patienter Evaluerer Praksis“ (DANPEP) und „Datafangst“ zwei weitere Initiativen, die zur Förderung der Qualitätstransparenz in Dänemark beitragen. Die „Datafangst“-Initiative ist ebenfalls ein „Sentinel“-Programm, das die Daten direkt vom Leistungserbringer bezieht. Es wurde an das DAMD-Programm angelehnt und entsprechend auch im Herbst 2014 gestoppt. Durch automatische Übersendung von Medikamentenaufträgen, Arztbriefen, Diagnosecodes und Laborwerten sowie zusätzlich durch Hinweise innerhalb der Praxissoftware wurden Allgemeinmedizinpraxen aufgefordert, Behandlungsdaten direkt einzugeben und an das Portal zu übermitteln. Das „Sentinel“-Programm für die Datenverwaltung wurde inzwischen umgeschrieben, sodass die Datenerhebung nun gesetzeskonform erfolgen kann. Die Wiederaufnahme der Datenerhebung befindet sich – entsprechend dem DAMD-Programm – gegenwärtig in politischer Klärung. Die Angebote des „Datafangst“-Portals wurden anhand der verfügbaren Pop-Up-Anleitungen des Datenauslesetools sowie dem Angebot des DAMD-Portals ausgewertet.<sup>79</sup>

Bei dem DANPEP-Programm („patient satisfaction surveys for general practices“) handelt es sich um eine freiwillige Qualitätsmaßnahme der Leistungserbringer. Seit Januar 2015 wird das Programm zur freiwilligen Messung der Patientenzufriedenheit mittels Fragebogen in Allgemeinmedizinpraxen genutzt.<sup>80</sup> Dabei können verifizierte Patienten entweder schriftlich oder online Fragebögen ausfüllen, welche Allgemeinmediziner zuvor von DAK-E beziehen können. Der Arzt bekommt anschließend eine Rückmeldung mit Daten aus der Patientenbefragung. Die Angebote des DANPEP-Programms wurden auf Basis der deutschen Vorlage des Fragebogens in der Portalanalyse ausgewertet.<sup>81</sup>

Neben den staatlichen Akteuren gibt es auch eine Reihe medizinischer Fachverbände, die in Dänemark über Kooperationen an der Weiterentwicklung der Qualitätstransparenz mitwirken. Der Verband der Fachärzte (eKVIS) z. B. koordiniert die Qualitätsarbeit in Facharztpraxen und die Umsetzung der vereinbarten Qualitätsmaßnahmen und -instrumente. Ziel dieser Initiative ist es, die berufliche Entwicklung zu unterstützen und die Qualität in der fachärztlichen Versorgung sicherzustellen. Im Rahmen dieser Initiative wurde zuletzt eine landesweite Studie zur Erfassung der Wahrnehmung der Qualität durch die Patienten im März 2017 erstellt. Diese Befragung hatte u. a. als Ziel, die fachärztliche Qualität über einen Benchmarkingansatz zu erhöhen. Die „Dänische Fachgesellschaft für Allgemeinmedizin“ („Dansk Selskab for Almen Medicin“, DSAM) hat einen Qualitätsausschuss eingerichtet, der über seine Arbeit, u. a. Abstimmung mit staatlichen Qualitätsinstitutionen, jährlich berichtet.

### **Privat betriebene Public-Reporting-Angebote**

Ein privates Public Reporting in Form von Bewertungsportalen für die Auswahl eines niedergelassenen Arztes, das in Umfang und Ausgestaltung vergleichbar mit den privaten Systemen in den anderen drei betrachteten Ländern ist, existiert in Dänemark bisher im Allgemeinen nicht.

Die private Firma Proff betreibt eine Internetseite, die das Ziel hat, finanzbezogene Informationen (vor allem Bilanzen sowie Gewinn- und Verlustrechnungen) von dänischen Unternehmen aus unterschiedlichen Branchen transparent zu machen. Darunter werden

79 <https://www.dak-e.dk/praksis/datafangst.php> (Download 03.11.2017).

80 <https://www.dak-e.dk/praksis/danpep.php> (Download 03.11.2017).

81 [https://www.dak-e.dk/resources/files/danpep/danpep\\_skema\\_tysk.pdf](https://www.dak-e.dk/resources/files/danpep/danpep_skema_tysk.pdf) (Download 03.11.2017).

auch für größere Arztpraxen, vor allem solche, die als Unternehmen organisiert sind (u. a. Gesundheitszentren) Angaben veröffentlicht. Hingegen sind dort für Einzelpraxen in der Regel keine Daten hinterlegt.

### 4.4.3 Veröffentlichung von Qualitätsdaten

#### 4.4.3.1 Überblick zentrale Portale und Qualitätsmerkmale

Zunächst wird ein Überblick über die betrachteten Public-Reporting-Portale in Dänemark gegeben (Tabelle 26). Dabei wird zum einen dargestellt, welches Ziel die einzelnen Portale verfolgen und zum anderen, aus welcher Quelle die veröffentlichten Daten stammen bzw. wer Betreiber des Portals ist.

Das zentrale PR-Portal in Dänemark stellt die Plattform „sundhed.dk“ dar. Neben der Funktion des Datenzugangs und -austauschs (z. B. Arztbriefe, Labor- und radiologische Ergebnisse, Kooperationen der Ärzte, Abrechnungen) enthält das Portal viele Qualitätsinformationen zu Leistungserbringern, die Versicherten zugänglich sind. Über das Portal können u. a. Termine geplant und mit der Praxis abgestimmt, Verordnungen erneuert, Wartezeiten eingesehen, Patientenbewertungen und Qualitätsinformationen abgerufen

TABELLE 26: Überblick zentrale Public-Reporting-Portale in Dänemark

Portalname	Ziel	Betreiber	Datenherkunft	Internetlink
sundhed.dk	Stärkung der Patientenmündigkeit (Entscheidungshilfe bei Arztwahl), Kommunikationsplattform für alle Akteure des Gesundheitswesens, Leistungserbringern ermöglichen, durch Vernetzung und Informationsflüsse Qualität ihrer Gesundheitsversorgung selbstständig zu steigern	die fünf einzelnen dänischen Regionen in Kooperation mit dem dänischen Gesundheitsministerium	Leistungserbringer, staatliche Qualitätsdaten, Patientenbewertungen	<a href="https://www.sundhed.dk/">https://www.sundhed.dk/</a>
esundhed & mitsygehusvalg	Stärkung der Patientenmündigkeit (Entscheidungshilfe bei Arztwahl), Förderung der Qualitätstransparenz, Bereitstellung von Informationen für alle Akteure des Gesundheitswesens	staatliche Aufsichtsbehörde unter dem dänischen Gesundheitsministerium („Sundhedsstyrelsen“)	Leistungserbringer, staatliche Qualitätsdaten, Patientenbewertungen	<a href="http://www.esundhed.dk">www.esundhed.dk</a> und <a href="https://mitsygehusvalg.dk">https://mitsygehusvalg.dk</a>
DAK-E Sentinel Data Capture DAMD & Datafangst	Messung und Verbesserung der Qualität von chronischen Erkrankungen in der Allgemeinmedizin	Dänischen Qualitätseinheit der Allgemeinmedizin (DAK-E)	staatliche Qualitätsdaten durch die Leistungserbringer übermittelt aus der Praxissoftware und Extraeingaben	<a href="https://www.dak-e.dk">https://www.dak-e.dk</a> <a href="https://www.dak-e.dk/praksis/datafangst.php">https://www.dak-e.dk/praksis/datafangst.php</a> <a href="http://demo.dak-it.dk/">http://demo.dak-it.dk/</a>
DANPEP	Staatlich organisierte freiwillige Möglichkeit zur Messung der Patientenzufriedenheit in Allgemeinmedizinpraxis zur Qualitätsverbesserung	Dänischen Qualitätseinheit der Allgemeinmedizin (DAK-E)	Patientenbefragung durch Mithilfe der Leistungserbringer, von Patienten übermittelt	<a href="https://www.dak-e.dk/praksis/danpep.php">https://www.dak-e.dk/praksis/danpep.php</a>
Sundhedsstyrelsen – Tilsynslisten	Einblick in das staatliche Register der registrierten Mitarbeiter im Gesundheitswesen mit den jeweiligen Informationen, Veröffentlichung der Vorgänge wegen Behandlungsfehler etc.	staatliche Aufsichtsbehörde unter dem dänischen Gesundheitsministerium („Sundhedsstyrelsen“)	staatliche Registrierungsdaten	<a href="https://stps.dk/da/ds/opslagautreg">https://stps.dk/da/ds/opslagautreg</a>

Quelle: IGES auf Basis von veröffentlichten Daten der PR-Portale



und Blutwerte überwacht werden. Durch die Möglichkeit für Versicherte, Zugriff auf die Abrechnungen der für sie erbrachten Leistungen zu erhalten, werden Behandlungskosten transparent für den Patienten transparent gemacht. Zudem können Ärzte eigenständig zahlreiche weitere Informationen über ihre Person, ihre Praxis und ihre Behandlungsangebote auf ihrer persönlichen Seite innerhalb des „sundhed.dk“-Portals einstellen.

Das Ziel des „sundhed.dk“-Portals ist allerdings nicht vorrangig, den Versicherten eine unmittelbare Unterstützung bei der Arztwahl zu geben, z. B. in Form von Arztvergleichsmöglichkeiten, sondern vielmehr die Stärkung der Gesundheitskompetenz der Patienten und ihre Befähigung, ihre eigenen Gesundheitsdaten selbstständig verwalten zu können. Die Auswertung der Angebote des „sundhed.dk“-Portals im Rahmen der Portalanalyse beruht auf den öffentlich zugänglichen Informationen, ein umfassender Zugang ist dänischen Bürgern über ihre Sozialversicherungsnummer vorbehalten.

Der Inhalt des „esundhed & mitsygehusvalg“-Portals zeichnet sich vor allem durch den detaillierten Einblick in die Wartezeit für eine Behandlung differenziert nach Indikation aus. Des Weiteren wird übersichtlich je nach Leistungserbringer die Patientenzufriedenheit mit der Behandlungsleistung und die Zufriedenheit des Personals mit den Arbeitsbedingungen dargestellt. Die ausführlichen Informationen beziehen sich auf Kontaktinformationen, Leistungsangebot und objektive Daten zum Behandlungserfolg.

In den Verfehlungslisten („Tilsynslisten“) der „Sundhedsstyrelsen“-Aufsichtsbehörde sind alle im Gesundheitswesen registrierten Beschäftigten (ärztliche und nicht ärztliche) aufgeführt. Falls zu ihrer Person ein Verfahren wegen eines nachgewiesenen Behandlungsfehlers vorliegt, sind zu diesem Verfahren detaillierte Informationen öffentlich abrufbar. Dazu steht eine detaillierte Suchmaske zur Verfügung, über die nach Name, Geburtsdatum, Beruf, Registrierungsnummer und Behandlungsort gefiltert werden kann. Die Ergebnisse werden in Form einer unübersichtlichen tabellarischen Auflistung mit Namen, Geburtsdatum und Beruf angegeben. Des Weiteren können Angaben aus dem entsprechenden Registereintrag abgerufen werden (Autorisationsstatus, Datum der Erteilung der Zulassung, Spezialisierungsrichtung, Datum der Anerkennung der Spezialisierung und ggf. Datum der Erlaubnis zur Niederlassung). Sofern solche nachgewiesen vorliegen, sind Angaben zu Behandlungsfehlern einsehbar.

Die „Sentinel Data Capture“-Programme des DAK-E bzw. die entsprechenden PR-Portale (DAMD und „Datafangst“) werden aufgrund großer Ähnlichkeiten und Überschneidungen im Folgenden zusammen analysiert.<sup>82</sup> Bei beiden Portalen sind vor allem Behandlungsdaten, die direkt zum Monitoren und Abschätzen des Outcomes benötigt werden, einzusehen (Surrogatparameter in Bezug auf Diabetes). Im Allgemeinen werden in Bezug auf alle auf den beiden Portalen abgebildeten Diagnosen behandlungsbezogene Qualitätsmerkmale, wie körperliche Beschwerden, Komorbiditäten, Prävalenzen, Untersuchungsergebnisse, körperliche Aktivität, Krankheitsbeeinträchtigungen und verordnete Medikamente übermittelt. Die übermittelten Daten werden dann graphisch aufbereitet und in einer Übersicht je Praxis bzw. Arzt dargestellt, sodass sich indikationsspezifische Auswertungen des Outcomes in Bezug auf das gesamte Leistungsgeschehen der Praxis vornehmen lassen. Über diese Informationen hinaus enthalten das DAMD- und „Datafangst“-Portal grundsätzlich u. a. Informationen über die Medikation, Arztbriefe, Diagnose-Codes, Laborwerte und Patientendaten, wie Alter, Größe

82 Dabei lagen zur detaillierten Betrachtung die DAMD-Demoversion mit Daten für die Erkrankungen Diabetes, Herzinsuffizienz, Stress/Angst/Depression und COPD sowie das Pop-up-Fenster des „Datafangst“-Programms zu COPD und Diabetes vor. <http://demo.dak-it.dk/> und <https://www.dak-e.dk/praksis/datafangst.php> (Download 03.11.2017).



TABELLE 27: Überblick Qualitätsmerkmale auf zentralen Public-Reporting-Portalen in Dänemark

Portalname	Strukturqualität			Prozessqualität		Ergebnisqualität
	Arztpraxis	Fachkompetenz / Leistungsangebot	Weitere Aspekte	Kommunikation	Leistungsverhalten	Behandlungserfolg
sundhed.dk	Barrierefreiheit, Einsicht in Patientenunterlagen, Kooperationen und Überweisungen, Praxisgestaltung, Öffnungszeiten	Facharztbezeichnung, Berufs- / Behandlungserfahrung	Onlineterminvereinbarung, vernetzte Praxis, Patientenstruktur	Kontaktaufnahme und Dokumenten- / Datenaustausch über das Portal	-	Hinweise auf Über-/Unterversorgung
esundhed & mitsygehusvalg	moderne Geräteausstattung	Leistungsangebot, Angebot spezieller Leistungen	Darstellung digitaler Einzelleistungen	Einbeziehung in Entscheidungen, Zweitmeinung	-	Patientenzufriedenheit, Weiterempfehlungen, objektive Qualitätsdaten
DAK-E Sentinel Data Capture DAMD & Datafangst	Kooperationen	Basisleistungsangebot zur Versorgung der Indikationen	Informationen zu Patientenmanagement und Medikation	-	-	Detaillierte Angaben zu Outcomes mit Hinweisen auf Über-/ Unterversorgung, objektive Qualitätsdaten
DANPEP	Wartezeiten in der Praxis, Vertraulichkeit / Diskretion, Kooperationen	Adäquate Untersuchung	-	Verständlichkeit, Zeit, Empathie, Vermittlung von Diagnosen u. v. a.	Gespräche zum Zweck der Maßnahmen	Weiterempfehlung
Sundhedsstyrelsen – Tilsynslisten	Alle Registrierte im Gesundheitswesen mit Nr.	Facharztbezeichnung, Zulassungsdatum, Niederlassungsdatum	-	-	-	Behandlungsfehler / sonstige Verfehlungen

Quelle: IGES auf Basis von veröffentlichten Daten der PR-Portale

und Gewicht, die in der hier zugrunde liegenden Auswertung aufgrund des gegenwärtig eingeschränkten Angebots der Portale nicht einbezogen werden konnten.

Für die zuvor beschriebenen dänischen PR-Portale wird anschließend tabellarisch dargestellt, zu welchen Qualitätsmerkmalen sie im Wesentlichen Daten veröffentlichen, wobei an dieser Stelle der Fokus auf Unterschiede zwischen den Portalen gelegt wird (Tabelle 27).

#### 4.4.3.2 Quantitative Auswertung Qualitätsmerkmale

Zusammengenommen sind in den fünf staatlichen, sich ergänzenden PR-Portalen Dänemarks insgesamt sehr viele Qualitätsmerkmale im Bereich der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität vorhanden. Allerdings gibt es nur wenige Merkmale, die auf jedem Portal zu finden sind. Vielmehr liegt eine Verteilung der Informationen auf die fünf Portale vor, die sich aus der Aufteilung der Zuständigkeiten zwischen den staatlichen Portalen (inkl. der einbezogenen staatlichen Qualitätstransparenzinitiativen) und der damit verbundenen Fokussierung der einzelnen Portale auf ausgewählte Aspekte bzw. Adressaten ergibt.

#### Strukturqualität

Die Verteilung der Informationen auf die verschiedenen staatlichen Portale zeigt sich bereits bei grundlegenden Angaben zur Strukturqualität (Tabelle 28).

TABELLE 28: **Abbildung von Aspekten mit Bezug zur Arztpraxis auf Public-Reporting-Portalen in Dänemark**

Qualitätsaspekt	Anzahl der Portale mit veröffentlichten Daten zum Qualitätsaspekt	Anteil an allen Portalen
Sonstiges	3	60%
Wartezeiten in der Praxis	3	60%
Terminvergabe	3	60%
spezielles Leistungsangebot	2	40%
Lage	2	40%
Kontakt/Telefonnummer	2	40%
Anfahrt/Karte	2	40%
Praxisgestaltung (Ambiente/Entertainment)	1	20%
Öffnungszeiten	1	20%
Barrierefreiheit	1	20%
(moderne) Geräteausstattung	1	20%
Sauberkeit und Hygiene	0	0%
Sonstiges: Parkmöglichkeiten, Art der Praxisform, Angaben zu Angestellten. Quelle: IGES auf Basis von veröffentlichten Daten der PR-Portale		

TABELLE 29: **Abbildung der Fachkompetenz des Personals und des Leistungsangebots auf Public-Reporting-Portalen in Dänemark**

Qualitätsaspekt	Anzahl der Portale mit veröffentlichten Daten zum Qualitätsaspekt	Anteil an allen Portalen
Sonstiges	4	80%
Facharztbezeichnung	2	40%
Berufs-/Behandlungserfahrung (seit wann zugelassen etc.)	2	40%
Leistungsangebot	2	40%
besondere Leistungen	1	20%
Fortbildungen/Qualifikationen	0	0%
Schwerpunkte	0	0%
Zusatzqualifikationen	0	0%
Reputation des Arztes (Einschätzung durch andere Ärzte, Lebenslauf des Arztes etc.)	0	0%
Sonstiges: drug compliance, Alter, Geschlecht, Angabe der gemessenen Behandlungsqualität & Outcomes, Bewertung zur (körperlichen) Untersuchung. Quelle: IGES auf Basis von veröffentlichten Daten der PR-Portale		

**TABELLE 30: Abbildung von weiteren Aspekten der Strukturqualität auf Public-Reporting-Portalen in Dänemark**

Qualitätsaspekt	Anzahl der Portale mit veröffentlichten Daten zum Qualitätsaspekt	Anteil an allen Portalen
<b>digitale Angebote</b>		
Onlineterminvereinbarung	1	20%
vernetzte Praxis	1	20%
Darstellung einzelner Leistungen	1	20%
Sonstiges	1	20%
Videosprechstunde	0	0%
<b>Unabhängigkeit des Arztes</b>		
Sonstiges	1	20%
Verzicht auf Anwendungsbeobachtung	0	0%
Verzicht auf pharmafinanzierte Fortbildungen	0	0%
Verzicht auf Muster / Geschenke / Zuwendungen durch Pharmafirmen	0	0%
<b>Patientenstruktur</b>		
Angaben zur Patientenstruktur nach Art der akzeptierten Art der Versicherung	1	20%
Sonstiges: Ableitungen durch Verschreibungshäufigkeit einzelner Medikamente		
Quelle: IGES auf Basis von veröffentlichten Daten der PR-Portale		

Die dargestellten Angaben beruhen zumeist auf staatlichen Registrierungsdaten. Bemerkenswert sind die oft differenziert nach Erkrankungen veröffentlichten Informationen zu Wartezeiten, Terminvergabe und Kooperationen. Die Angaben zur ärztlichen Fachkompetenz sind, vor allem im Vergleich der Länder, bei den Portalen in Dänemark nicht sehr ausgeprägt (Tabelle 29).

Hinsichtlich weiterer Aspekte der Strukturqualität sind die modernen eHealth-Strategien des „sundhed.dk“-Portals anzuführen (Tabelle 30). Die Unabhängigkeit des Arztes ist nach Angaben von „sundhed.dk“ ein Merkmal, das in Bezug auf Dänemark als weniger relevant angesehen wird.

### Prozessqualität

Daten zum Leistungsverhalten der Ärzte lassen sich nur aus dem DANPEP-Programm durch Patientenbefragungen ableiten, während Angaben zum Koordinationsverhalten auf drei Portalen (60 %) verfügbar sind (Tabelle 31).

Die Qualitätsaspekte in Bezug auf die Kommunikation und Behandlungsgestaltung werden in Dänemark in erster Linie über die Auswertungen der Patientenbefragungen im Rahmen des DANPEP-Portals und von „sundhed.dk“ erfasst (Tabelle 32).

### Ergebnisqualität

Angaben zur Ergebnisqualität werden in Dänemark von mehreren staatlichen Portalen veröffentlicht. Dabei werden die patientenbezogenen Aspekte über Patientenbefragungen erfasst und die anderen Aspekte durch staatliche Qualitätsdaten, wie dem „Sentinel Data Capture“-Programm (Tabelle 33).

**TABELLE 31: Abbildung von Aspekten des Leistungs- und Koordinationsverhaltens auf Public-Reporting-Portalen in Dänemark**

Qualitätsaspekt	Anzahl der Portale mit veröffentlichten Daten zum Qualitätsaspekt	Anteil an allen Portalen
Kooperationen und Überweisungen	3	60%
Leistungsverhalten (Verordnungsverhalten etc.)	1	20%
Quelle: IGES auf Basis von veröffentlichten Daten der PR-Portale		

**TABELLE 32: Abbildung von Aspekten der Kommunikation und Behandlungsgestaltung auf Public-Reporting-Portalen in Dänemark**

Qualitätsaspekt	Anzahl der Portale mit veröffentlichten Daten zum Qualitätsaspekt	Anteil an allen Portalen
Einbeziehung in Entscheidungen	2	40%
Unterstützung / Angebot Zweitmeinung	2	40%
Einschätzungen zur Freundlichkeit des Personals	2	40%
Sonstiges	2	40%
verständliche Aufklärung und Beratung	1	20%
weiterführende Hinweise auf verlässliche Information und Beratung	1	20%
Empathie und Wertschätzung des Arztes	1	20%
Vermittlung von Diagnosen	1	20%
Wahrung der Intimsphäre	1	20%
Einsicht in Patientenunterlagen	1	20%
transparente Kostenkommunikation	0	0%
Sonstiges: u. a. Zeit zur Kommunikation, Kommunikation über das Portal, Freitexteigabe. Quelle: IGES auf Basis von veröffentlichten Daten der PR-Portale		

**TABELLE 33: Abbildung von Aspekten des Behandlungserfolgs auf Public-Reporting-Portalen in Dänemark**

Qualitätsaspekt	Anzahl der Portale mit veröffentlichten Daten zum Qualitätsaspekt	Anteil an allen Portalen
Patientenzufriedenheit	2	40%
Weiterempfehlungen durch andere Patienten	2	40%
objektive Daten zur Ergebnisqualität der Einrichtung	2	40%
Hinweise auf Über- / Unterversorgung	2	40%
Sonstiges	2	40%
Sonstiges: schnell für Besserung gesorgt, Labor- & Surrogatparameter, Behandlungsfehler / Verfehlungslisten. Quelle: IGES auf Basis von veröffentlichten Daten der PR-Portale		

#### 4.4.3 Differenzierungsgrad der Qualitätsdaten

Der Grad der Differenzierung der Portalinformationen in Dänemark unterscheidet sich stark. Er reicht von der Darstellung in Bezug auf jeden registrierten Mitarbeiter im Gesundheitswesen („Sundhedsstyrelsen-Tilsynslisten“) bis hin zur Darstellung auf Ebene der Einrichtung („esundhed.de“). Zum Teil erfolgt eine Differenzierung auf Ebene der Einzelleistungen („Sentinel Data Capture“-Programme des DAK-E sowie die Wartezeitenangaben auf „esundhed.dk“).

#### 4.4.4 Umsetzungs- und Wirkungsanalyse der Portale

##### Umsetzung der mit den PR-Portalen verfolgten Ziele

Das dänische Public-Reporting-System ist im Vergleich zu den Systemen der anderen Länder fast ausschließlich durch staatliche Akteure geprägt. Diese bilden in Dänemark vergleichsweise häufig Kooperationen untereinander und vereinzelt auch mit medizinischen Fachgesellschaften. Patientenbewertungen werden durch regelmäßige Patientenbefragungen vor allem von staatlichen Akteuren durchgeführt, wohingegen besonders in diesem Punkt in den zuvor betrachteten Ländern eine direkte Onlinebewertungsfunktion – oft von privaten Portalen – vorlag. Eine weitere Grundlage für diese staatlich organisierte Qualitätstransparenz ist die Bereitstellung von personenbezogenen Daten (sowohl bezogen auf Ärzte als auch Patienten).

Über die zentral organisierte Patientenbefragung hinaus verfügt das „sundhed.dk“-Portal über keine Informationen zu Kommunikations- und Behandlungsverhalten, Hygiene, Ausstattung und Leistungen, es sei denn die Ärzte pflegen diese Information selbstständig in die Plattform ein.<sup>83</sup> Eine Bewertung des Arztes und Qualitätsinformationen, welche zu einer informierten Arztwahl führen könnten, wird von „sundhed.dk“ nicht als primäres Ziel angeführt. Der Fokus liegt vielmehr auf der Verwaltung und dem Zugang zu den eigenen Gesundheitsdaten durch den Patienten („Patient Empowerment“).

Dabei findet das Ziel des Datenzugangs für medizinisches Personal, welches jeder Bürger für seine Daten nachverfolgen kann, breite Zustimmung: 83 Prozent der befragten Dänen stimmen zu und 11 Prozent stimmen teilweise zu, dass Therapeuten, die sie nicht kennen, in einem akuten Behandlungsfall einen vollständigen Zugang zu ihren Gesundheitsinformationen haben sollten.<sup>84</sup> Dabei können die Patienten einsehen, wer sich ihre Gesundheitsinformationen angesehen hat.

##### Wirkung der Veröffentlichungen von Qualitätsdaten

„sundhed.dk“ hat als zentrale Verwaltungsplattform des gesamten dänischen Gesundheitssystems eine sehr wichtige Stellung und wird öffentlich wahrgenommen. So nutzen aktuell ca. 1,7 Millionen Personen monatlich die Website (Gesamtbevölkerung Dänemarks 5,6 Millionen).<sup>85</sup> Im Jahr 2015 hatte „sundhed.dk“ 87,3 Millionen Seitenaufrufe. „sundhed.dk“ enthält etwa 30.000 Contentseiten, 80 Anwendungen und ruft Daten aus 120 Daten-

83 Schriftliche Auskunft von „sundhed.dk“ auf Anfrage des IGES Institut.

84 <https://www.sundhed.dk/borger/service/nyt-og-presse/presserum/pressemeddelelser/ved-du-hvem-der-kigger-i-journal/> (Download 13.10.2017).

85 Angabe von „sundhed.dk“ vom 06.09.2017.

quellen ab. Das Portal stellt seine Leistung vor allem in der Verknüpfung von Inhalten und IT-Lösungen dar.

Untersuchungen zur Wirkung sind am ehesten für das „Sentinel Data Capture“-Project DAMD von DAK-E vorhanden. Zum einen führen die bis 2013 erstellten Jahresberichte eine Wirkungsanalyse aus. Zum anderen wurde der Nutzen aus der Datenextraktion von Hausärzten beurteilt. Die in dieser qualitativen Studie<sup>86</sup> befragten Hausärzte kamen zu der Einschätzung, dass die routinemäßige Kontrolle bei Patienten mit chronischen Erkrankungen und die Routineüberwachung von Behandlungsergebnissen erlauben, Ressourcen besser zu priorisieren und die Medikation besser zu überwachen. Dieses Feedbackverfahren wurde trotz zusätzlicher zeitlicher Ressourcen als nützlich angesehen. Den meisten Ärzten dienten die Berichte als Ausgangspunkt für die Erstellung eines individuellen Behandlungskonzepts. Auch objektive Daten stellten einen Nutzen dieses Programms dar. Nach einer Auswertung von Daten aus den Jahren 2008 bis 2012 waren die Hospitalisierungsrate von Hausärzten, welche an dem „Sentinel Data Capture“-Programm beteiligt waren, um 17 Prozent und die jährlichen Kosten für einen Diabetespatienten um 217 Euro geringer.<sup>87</sup>

86 Vgl. Lippert, Kousgaard & Bjerrum 2014.

87 Vgl. <https://www.innokyla.fi/documents/1598478/f202783e-b778-48a2-b18c-b8eff5ba476d> (Download 30.11.2017).

## 5 Public Reporting zu Arztpraxen in Deutschland

Eine wesentliche Grundlage für die öffentlich zugängliche Darstellung der Qualität der ambulanten ärztlichen Versorgung in Deutschland bildet die vertragsärztliche Qualitätssicherung und -förderung. Für die Versorgung im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gibt es hierfür gesetzliche Vorgaben, darüber hinaus ergreifen die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) auch freiwillige Maßnahmen (vgl. Abschnitt 5.1). Die Ergebnisse der Aktivitäten zur Qualitätssicherung und -förderung werden aggregiert auf Ebene der KV-Regionen dargestellt (Abschnitt 5.2). Qualitätsdarstellungen auf Ebene der einzelnen Arztpraxen sind derzeit weitgehend beschränkt auf Basisinformationen zum Leistungsangebot und Arztbewertungen durch Patienten.

### 5.1 Maßnahmen der Qualitätssicherung und -förderung als Grundlage für ein Public Reporting

#### Gesetzliche Qualitätssicherung und -förderung

Alle Leistungserbringer sind gesetzlich grundsätzlich zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität ihrer Leistungen verpflichtet (§ 135a Abs. 1 SGB V). Ein großer Teil der Qualitätssicherungsmaßnahmen im vertragsärztlichen Bereich beruht auf den gesetzlich verankerten Vereinbarungen der Partner des Bundesmantelvertrags – Ärzte (BMV-Ä) (§ 135 Abs. 2 SGB V).<sup>88</sup> Für fachlich anspruchsvolle ärztliche Leistungen können demnach Strukturanforderungen als Voraussetzung für die Leistungserbringung festgelegt werden. Dazu vereinbaren die Partner des Bundesmantelvertrags, also GKV-Spitzenverband (GKV-SV) und Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Voraussetzungen für die Ausführung und Abrechnung solcher ärztlichen Leistungen, die entweder wegen Anforderungen an ihre Ausführung oder wegen der Neuheit des Verfahrens besonderer Kenntnisse und Erfahrungen (Fachkundennachweis), einer besonderen Praxisausstattung oder anderer Anforderungen an die Versorgungsqualität bedürfen. Zu den Qualitätssicherungsmaßnahmen für spezifische Leistungsbereiche zählen die Prüfung von Frequenzregelungen (ähnlich den Mindestmengen im stationären Sektor), Befundkontrollen, gerätebezogene Prüfungen und die Prüfung der ärztlichen Nachweise einer kontinuierlichen, spezifischen Fortbildung.<sup>89</sup> Die KBV macht darüber

<sup>88</sup> Vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung 2016a.

<sup>89</sup> Vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung 2016a. In der vertragsärztlichen Versorgung wurden Mindestmengen für die folgenden qualitätsgesicherten Leistungen festgelegt: Histopathologie beim Hautkrebscreening, HIV-Infektionen/Aids-Erkrankungen, Interventionelle Radiologie, Invasive Kardiologie, Koloskopie, Magnetresonanztomographie der Mamma, Onkologie und Vakuumbiopsie der Brust. Die Kassenärztlichen Vereinigungen prüfen regelmäßig, ob die betreffenden Ärzte die vorgeschriebene Mindestzahl dieser Untersuchungen und Behandlungen erfüllen. Bei wiederholter Nichterfüllung dieser Auflage wird seine Abrechnungsgenehmigung widerrufen und der Arzt darf die Untersuchung nicht mehr zulasten der GKV erbringen.

hinaus in eigenen Qualitätssicherungsrichtlinien Vorgaben für die KVen zur Vorhaltung von Strukturen und Verfahren der Qualitätssicherung (§ 75 Abs. 7 SGB V).<sup>90</sup>

Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind gesetzlich verpflichtet, die Qualität im ambulanten vertragsärztlichen Bereich zu fördern. Zum einen haben die KVen Maßnahmen zur Förderung der Qualität durchzuführen (§ 135b Abs. 1 SGB V) sowie deren Ziele und Ergebnisse zu dokumentieren und zu veröffentlichen (vgl. Abschnitt 5.2). Zum anderen prüfen die KVen die Qualität der erbrachten Leistungen im Einzelfall durch Stichproben, in Ausnahmefällen durch Vollerhebungen (§ 135b Abs. 2 SGB V).

Teilweise beruhen gesetzlich verpflichtende Qualitätssicherungsmaßnahmen in der vertragsärztlichen Versorgung auch auf Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Zu den relevanten Richtlinien zählen:

- Richtlinien zu neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der vertragsärztlichen Versorgung gem. § 135 Abs. 1 SGB V (Methoden-Richtlinien), z. B. für Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen oder Neuropsychologische Therapie;
- Richtlinie zu Auswahl, Umfang und Verfahren bei Qualitätsprüfungen im Einzelfall nach § 135b Abs. 2 SGB V (Qualitätsprüfungs-Richtlinie), die bundeseinheitliche Vorgaben für die Durchführung der obligaten Qualitätsprüfungen durch die einzelnen KVen enthält;<sup>91</sup>
- Richtlinien über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung gem. § 135b Abs. 2 Satz 2 SGB V (Qualitätsbeurteilungs-Richtlinien), z. B. für Arthroskopie, Magnetresonanztomographie oder Strahlendiagnostik/-therapie;
- Richtlinien zur Sicherung der Qualität bzw. über die einrichtungs- und sektorenübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung gem. § 136 Abs. 1 und 2 SGB V (QSD- bzw. Qesü-Richtlinie), dies betrifft Blutreinigungsverfahren/Dialyse und nach der neuen Qesü-Richtlinie zwei Verfahren;
- Richtlinie zur Zusammenführung der Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137f Abs. 2 SGB V (DMP-Anforderungen-Richtlinie);
- Richtlinien über die Früherkennung von Krankheiten gem. § 25 Abs. 4 SGB V (Früherkennungs-Richtlinien), hierunter fallen Hautkrebs- und Mammographie-Screening sowie Koloskopie;
- Richtlinien über die Durchführung bestimmter Therapien gem. § 92 SGB V, hierzu zählen Psychotherapie und Soziotherapie;
- Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) nach § 116b SGB V.

Aus dem aktuellen Qualitätsbericht der KBV für das Jahr 2016<sup>92</sup> lassen sich 44 obligate Bereiche der Qualitätssicherung entnehmen. Bei den meisten dieser Bereiche (35) liegen den Qualitätssicherungsmaßnahmen Vereinbarungen zwischen KBV und GKV-Spitzenverband gem. § 135 Abs. 2 SGB V (Bundesmantelvertrag bzw. Anlagen) zugrunde. Bei 18 Bereichen bilden – ausschließlich (9) oder zusätzlich (9) – Vorgaben aus dem Spektrum der o. a. G-BA-Richtlinien die Grundlage. Für Leistungsbereiche, zu denen der G-BA keine Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie beschlossen hat, können die KVen nach eigenem Ermessen Stichprobenprüfungen auf Grundlage eigener Beurteilungskriterien in ausgewählten Leistungsbereichen vornehmen („fakultative Stichprobenprüfungen“).<sup>93</sup>

90 Vgl. Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für Verfahren zur Qualitätssicherung (Qualitätssicherungs-Richtlinien der KBV) gemäß § 75 Abs. 7 SGB V. [http://www.kbv.de/media/sp/KBV\\_QS\\_Richtlinien.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/KBV_QS_Richtlinien.pdf) (Download 09.11.2017).

91 Diese Vorgaben werden ergänzt und spezifiziert um Durchführungsbestimmungen in den Richtlinien der KBV für Verfahren zur Qualitätssicherung nach § 75 Abs. 7 SGB V.

92 Vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung 2016a.

93 Vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung 2016a.



Die Qualitätssicherungsmaßnahmen und der damit verbundene Dokumentationsaufwand können sich je nach Bereich und Grundlage unterscheiden. So gestalten sich insbesondere die Verfahren der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung deutlich komplexer als die Maßnahmen zur Qualitätsförderung gemäß § 135b SGB V (Strukturvorgaben, Stichprobenprüfungen), da Qualität nicht nur einrichtungs- und sektorenübergreifend, sondern auch über längere Zeiträume zu erfassen ist und zudem jeweils anhand mehrerer Indikatoren gemessen wird, die neben Prozess- auch Ergebnisqualität abbilden. Hierfür sollen nach Möglichkeit routinemäßig erhobene GKV-Abrechnungsdaten genutzt werden, aber auch Patientenbefragungen können zum Einsatz kommen.<sup>94</sup> Während die versorgungsdatengestützte Qualitätssicherung der Verfahren gemäß Qesü-Richtlinie und die Strukturvorgaben gem. § 135 SGB V grundsätzlich alle Vertragsärzte betreffen, die die entsprechenden Leistungen erbringen, kann mit den Ergebnissen der Stichprobenprüfungen (gem. Qualitätsprüfungs-Richtlinie) naturgemäß Qualität nur für einen kleinen Teil der Arztpraxen abgebildet werden.

### Einrichtungsinernes Qualitätsmanagement

Vertragsärzte sind ebenfalls gesetzlich verpflichtet, einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement durchzuführen (§ 135a Abs. 2 Nr. 2 SGB V). Die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinernes Qualitätsmanagement werden durch die Qualitätsmanagement-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (QM-RL, zuvor Qualitätsmanagement-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung, ÄQM-RL) einheitlich geregelt.

Die KBV erhebt den Umsetzungsstand des einrichtungsinernen Qualitätsmanagements. Die aktuellen Ergebnisse der Stichprobenbefragungen durch die KBV ergaben, dass ein Qualitätsmanagement in Vertragsarztpraxen „flächendeckend initialisiert und fast vollständig umgesetzt“ ist.<sup>95</sup> Für die Abwicklung des internen Qualitätsmanagements KBV bietet die KBV den Einrichtungen das Instrument „Qualität und Entwicklung in Praxen“ (QEP) als Unterstützungstool an.

### Freiwillige Maßnahmen der Qualitätssicherung und Qualitätsinitiativen

Neben den gesetzlich vorgeschriebenen Maßnahmen der Qualitätssicherung wird in Deutschland ein breites Spektrum freiwilliger Maßnahmen umgesetzt. Hervorzuheben ist dabei zum einen die Teilnahme von Ärzten an bundesweit etablierten Qualitätszirkeln für die Weiterentwicklung der Patientenversorgung und die Stärkung der Patientensicherheit. Viele Qualitätszirkel arbeiten mit Echt Daten aus ihren Praxen oder nutzen aufbereitete Daten, z. B. aus den Feedbackberichten der Disease-Management-Programme (DMP). Im Jahr 2015 gab es bundesweit etwa 8.900 registrierte Qualitätszirkel, an denen ungefähr 61.000 Vertragsärzte und -psychotherapeuten (rd. 36 %) teilnahmen.<sup>96</sup>

Als weitere freiwillige Maßnahme hat zuletzt die Durchführung von Peer-Review-Verfahren in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung zunehmend an Bedeutung gewonnen. Dieser Ansatz, die eigene Leistung durch Kollegen kritisch beobachten und beurteilen

94 Bislang (Stand: 1.1.2018) umfasst die Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (Qesü-RL) themenspezifische Bestimmungen lediglich zu zwei Verfahren: 1. Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie und 2. Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen. Zum QS-Verfahren PCI sowie für das noch in der Entwicklung befindliche sektorenübergreifende QS-Verfahren Schizophrenie entwickelt das IQTIG im Auftrag des G-BA gegenwärtig Patientenbefragungen. Vgl. <https://www.iqtig.org/qs-verfahren/entwicklung/> (Download 20.02.2018).

95 Vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung 2016b.

96 Vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung 2016a.

zu lassen, um über gegenseitigen Austausch für die Weiterentwicklung der Versorgungsqualität zu lernen, kommt insbesondere im Rahmen von Qualitätszirkeln und Arztnetzen mittlerweile verstärkt zum Einsatz. Peer-Review-Verfahren werden als besonders geeignet angesehen, die ambulante Leistungserbringung in einem ganzheitlichen Ansatz zu beurteilen, der sowohl die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität umfasst.<sup>97</sup>

Darüber hinaus haben Vertragsärzte die Möglichkeit, ihr einrichtungsinternes Qualitätsmanagementsystem im Rahmen eines Begutachtungs- und Bewertungsverfahrens zertifizieren zu lassen. Als Zertifizierungsverfahren können sie dabei u. a. auf das QEP-Verfahren (vgl. weiter vorne in diesem Abschnitt) der KVen und der KBV zurückgreifen. Die KBV veröffentlicht eine Liste der nach QEP zertifizierten Praxen bzw. medizinischen Versorgungszentren (MVZ), die mit dieser Veröffentlichung einverstanden waren.<sup>98</sup> Zum aktuellen Stand (Dezember 2017) umfasste die Liste 548 Praxen bzw. MVZ und damit lediglich rd. 0,5 Prozent der Gesamtzahl der Einrichtungen.

### Patientenbefragungen

Zur Förderung der Qualitätstransparenz im vertragsärztlichen Bereich können weiterhin die Ergebnisse von Patientenbefragungen herangezogen werden. Die KBV führt eine jährliche repräsentative Versichertenbefragung durch, aus deren Ergebnissen sich Informationen über die Zugangsqualität, wie z. B. Wartezeiten oder Zugang außerhalb der Sprechstundenzeiten, gewinnen lassen.<sup>99</sup> Im Rahmen des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements sind die Ärzte auf Grundlage der Qualitätsmanagement-Richtlinie (QM-RL) zumindest grundsätzlich verpflichtet, regelmäßig Patientenbefragungen als Instrument einzusetzen.<sup>100</sup> Die KBV stellt Ärzten dafür einen vorgefertigten Fragebogen zur Verfügung, den diese für Patientenbefragungen im Rahmen ihres internen Qualitätsmanagements unmittelbar einsetzen können.<sup>101</sup> Diesen „Fragebogen zur Zufriedenheit in der ambulanten Versorgung – Qualität aus Patientenperspektive“ (ZAP/eZAP) können Ärzte – sofern sie das „Sichere Netz der Kassenärztlichen Vereinigungen“ (SNK) verwenden – darüber hinaus auch in einer Onlineanwendung nutzen.<sup>102</sup> Auch im Rahmen von freiwilligen Qualitätsinitiativen können Vertragsärzte Patientenbefragungen einsetzen. Zur Verbreitung von Patientenbefragungen auf Einrichtungsebene sowie ihren Ergebnissen liegen allerdings keine belastbaren Angaben veröffentlicht vor.

Generell werden im Rahmen von Patientenbefragungen Qualitätsmerkmale, wie z. B. die Patientenzufriedenheit und Patientenbewertungen der Praxisorganisation sowie des

97 Vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung 2016b.

98 Vgl. [http://www.kbv.de/media/sp/Liste\\_der\\_zertifizierten\\_QEP\\_Praxen.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/Liste_der_zertifizierten_QEP_Praxen.pdf) (Download 13.12.2017).

99 Vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung 2017.

100 Sie können allerdings darauf verzichten, soweit die konkrete personelle und sächliche Ausstattung bzw. die örtlichen Gegebenheiten der jeweiligen Einrichtungen oder sonstige medizinisch-fachlich begründete Besonderheiten der Leistungserbringung dem Einsatz der Instrumente offensichtlich entgegenstehen. Vgl. § 4 Abs. 1 QM-RL.

101 Siehe z. B. den von der KBV entwickelten und den Vertragsärzten zur Verwendung empfohlenen Fragebogen „Zufriedenheit in der ambulanten Versorgung – Qualität aus Patientenperspektive“. [http://www.kbv.de/media/sp/ZAP\\_Fragebogen\\_Deutsch.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/ZAP_Fragebogen_Deutsch.pdf) (Download 30.11.2017).

102 Über die in der Onlineanwendung des SNK verfügbaren Tools können sich Ärzte einen Patientenfragebogen selbst zusammenstellen, den Befragungszeitraum wählen sowie den Fragebogen und ein Poster mit Patientenhinweisen zum Ablauf für das Wartezimmer ausdrucken. Patienten können den Fragebogen in Papierform auszufüllen, die Daten werden anschließend durch das Praxisteam in das Onlinebefragungstool des SNK eingepflegt. Alternativ kann der Fragebogen auch über Computer oder Smartphone ausgefüllt werden, wobei die Daten automatisch ins SNK übertragen werden. Über die im SNK erfassten Erhebungsrückläufe können sich die Ärzte dann einen Ergebnisbericht der Patientenbefragung mit graphischen Ergebnisdarstellungen ausgeben lassen, der z. B. auf der Praxiswebsite veröffentlicht werden kann. Vgl. [http://www.kbv.de/html/1150\\_31879.php](http://www.kbv.de/html/1150_31879.php) (Download 30.11.2017).

Behandlungsablaufs, erhoben. Darüber hinaus werden im Zusammenhang mit sogenannten „Patient-Reported Outcome“-Messungen vereinzelt auch Einschätzungen der Patienten zu erkrankungsspezifischen Aspekten erfasst. Ein Beispiel dazu stellen die Patientenbefragungen im Bereich der Hörgeräteversorgung auf Grundlage der entsprechenden Qualitätssicherungsvereinbarung dar.<sup>103</sup>

Die KBV und die Bundesärztekammer (BÄK) veröffentlichen des Weiteren im Rahmen des „Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin“ (ÄZQ) eine Checkliste für Patienten mit Hinweisen bzw. Kriterien, anhand derer diese beim Arztbesuch die Qualität der angebotenen Leistungen beurteilen können.<sup>104</sup> Die Kriterien beziehen sich im Wesentlichen auf den Prozessqualitätsbereich der Kommunikation und Behandlungsgestaltung (Einschätzungen zur Freundlichkeit des Personals, Wertschätzung des Arztes, Wahrung von Intimsphäre und Datenschutz, verständliche Aufklärung und Beratung, weiterführende Hinweise auf verlässliche Information und Beratung, Einbeziehung in Entscheidungen, Unterstützung Zweitmeinung, Einsicht in Patientenunterlagen und Kooperationen mit anderen Ärzten).

## 5.2 Darstellung von Qualität der ambulanten ärztlichen Versorgung

Die Darstellung der Qualität der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung erfolgt in Deutschland weitestgehend aggregiert auf Ebene der KVen im Rahmen der dargestellten Maßnahmen zur Qualitätssicherung und -förderung. Auf Einrichtungsebene werden lediglich grundlegende Angaben zum Leistungsangebot und zu Qualitätsbewertungen durch Patienten veröffentlicht – sie sind aber nicht Bestandteil der gesetzlich verpflichtenden Maßnahmen zur Qualitätssicherung und -förderung.

### Aggregierte Darstellung

Im Mittelpunkt der aggregierten (zentralisierten) Qualitätsdarstellung in der vertragsärztlichen Versorgung stehen die jährlichen Qualitätsberichte zu den Qualitätssicherungsmaßnahmen der KVen bzw. der KBV.<sup>105</sup> Sie stellen – gemäß der gesetzlichen Verpflichtung – Ziele und Ergebnisse der vertragsärztlichen Qualitätssicherungsmaßnahmen dar. Die Berichte enthalten zu rund 50 Themen und Leistungsbereichen der ambulanten Versorgung auf Bundesebene sowie KV-Ebene detaillierte Ausführungen zu Art, Umfang und Ergebnissen der unternommenen Qualitätsförderungs- und -sicherungsmaßnahmen. Unter anderem enthalten die Berichte z. B. aggregierte Angaben zu den Qualitätszielerreichungsgraden in den verschiedenen Disease-Management-Programmen (DMP).

Veröffentlicht werden in den Qualitätsberichten darüber hinaus zum einen die Gesamtzahl der Genehmigungen zur Erbringung qualitätsgesicherter Leistungen (Strukturqualität) und zum anderen Ergebnisse von Prüfungen zur Einhaltung von Mindestfrequenzen (sofern relevant) sowie zur Anzahl der geprüften Patientendokumentationen, der durchgeführten gerätebezogenen Prüfungen (Wartungsnachweise), der Hygieneprüfungen und der ggf. festgestellten Beanstandungen (Prozess- und Ergebnisqualität). Oft werden dabei

<sup>103</sup> Vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung 2015.

<sup>104</sup> Vgl. Bundesärztekammer & Kassenärztliche Bundesvereinigung 2015.

<sup>105</sup> Vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung 2016a.

Informationen zu Prüfergebnissen, Prüfumfang, Dokumentationsprüfungen und Maßnahmen angegeben, allerdings unterscheiden sich die veröffentlichten Angaben stark je nach Leistung. Hinzu kommt, dass sich die Angaben teilweise auf alle leistungserbringenden Ärzte beziehen (z. B. bei Genehmigungen auf Basis von Mindestfrequenzen), teilweise aber nur auf Stichprobenprüfungen (z. B. bei Hygieneproofungen<sup>106</sup>). Die veröffentlichten Angaben beziehen sich weiterhin auf Fortbildungsverpflichtungen, bei technikbasierten Leistungen Wartungsnachweise und bei Screenings o. Ä. Frequenzregelungen. Informationen zur Anzahl der Genehmigungen und den dazugehörigen Aspekten, wie durchgeführter Kolloquien, Praxisbegehungen und Genehmigungswiderrufe, werden bei der überwiegenden Zahl der Leistungsbereiche dargestellt.

Die Datengrundlage bilden dabei (stichprobenbezogene) Einzelfallprüfungen sowie – allerdings nur in sehr seltenen Fällen – Praxisbegehungen und eine systematische Auswertung der elektronischen Dokumentationen. Die aggregiert auf Ebene der KV-Regionen veröffentlichten Daten liegen also den KVen auf Ebene der einzelnen Leistungserbringer vor. Eine Berichterstattung auf Einrichtungsebene ist im Rahmen der KBV-Qualitätsberichte allerdings nicht vorgesehen.

Somit dokumentieren die Berichte der KVen bzw. KBV im Wesentlichen den Gesamtumfang der vertragsärztlichen Aktivitäten zur Qualitätssicherung und -förderung. Die in diesen Berichten enthaltenen Informationen bieten Versicherten und Patienten jedoch keine Anhaltspunkte für konkrete qualitätsorientierte Wahlentscheidungen mit Blick auf Versorgungsangebote bzw. Ärzte.

Darüber hinaus existieren vereinzelt weitere Projekte bzw. Initiativen, über die grundsätzlich Qualitätsdaten zum (ambulanten) Leistungsgeschehen im deutschen Gesundheitssystem systematisch erhoben werden. Sie werden allerdings (bisher) nur sehr eingeschränkt zum Zwecke eines Public Reportings auf Einrichtungsebene mit dem Ziel, Patienten Informationen für die Arztwahl zu geben, verwendet.

Dem Projekt AQUIK („Ambulante Qualitätsindikatoren“) der KBV liegt das Ziel zugrunde, Qualitätsindikatoren für den ambulanten Bereich zu erproben und zu etablieren. Insgesamt liegen in diesem Rahmen gegenwärtig 48 getestete Indikatoren zur Messung der Prozess- und Ergebnisqualität ausgewählter Leistungen vor, die in Anlehnung an international umgesetzte Indikatorensets sowie auf Grundlage von Bewertungen durch ein Expertengremium laufend weiterentwickelt werden. Abgebildete Leistungen umfassen z. B. Unterstützungsangebote und Medikationsüberprüfungen bei Demenzerkrankungen, Depressionsscreenings sowie Dokumentationsverhalten zur Anfallshäufigkeit im Zusammenhang mit Epilepsie. Im Ergebnis der Expertenbewertungen liegt für jeden Indikator eine Einschätzung hinsichtlich der Relevanz, der Machbarkeit sowie der Datenverfügbarkeit – jeweils in einem Prozentwert gemessen – veröffentlicht vor. Die Datenverfügbarkeit wird bei der weit überwiegenden Zahl der Indikatoren mit Werten von über 80 Prozent eingeschätzt.<sup>107</sup>

Darüber hinaus lassen sich Ansätze finden, Qualitätsmessung auf der Basis von „Routinedaten“ der Krankenkassen vorzunehmen. So soll das Projekt QuATRo der AOK („Qualität

106 Im Rahmen der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung zur Vermeidung nosokomialer Infektionen besteht hingegen seit Jahresbeginn 2018 eine jährliche Dokumentationspflicht aller operativ tätigen Vertragsärzte der Fachgruppen Chirurgie, Orthopädie und Unfallchirurgie, Gynäkologie und Urologie, die vordefinierte (Tracer-)Eingriffe und Operationen vornehmen, über ihr internes Hygienemanagement. Hierzu führen die KVen Einrichtungsbefragungen durch (überwiegend über ein Webportal „Einrichtungsbefragung zur Praxishygiene“). Vgl. [http://www.kbv.de/html/1150\\_32701.php](http://www.kbv.de/html/1150_32701.php) (Download 01.02.2018).

107 Vgl. <http://www.kbv.de/html/aquik.php#content3311> (Download 13.12.2017).

in Arztnetzen – Transparenz mit Routinedaten“) von Ärzten im Rahmen des internen Qualitätsmanagements eingesetzt werden und dabei vor allem Arztnetzen einen Vergleich der Versorgungsqualität mit anderen Netzen und mit dem landesweiten Durchschnitt ermöglichen.<sup>108</sup> Die methodische Grundlage bildet das QISA-Indikatorenset (Qualitätsindikatoren-system für die ambulante Versorgung), das vom AOK-Bundesverband zusammen mit dem AQUA-Institut entwickelt wurde. Es wird für das QuATRo-Projekt auf Abrechnungsdaten der ambulanten und der stationären Versorgung sowie der Arzneimittelversorgung aus dem AOK-System angewandt. Das QuATRo-Projekt kommt u. a. in der hausarztzentrierten Versorgung (hzV) zum Einsatz.

Mit dem AOK-Projekt QSR („Qualitätssicherung mit Routinedaten“) wird das Ziel verfolgt, die Behandlungsqualität von Kliniken zuverlässig zu messen, zu bewerten und zu vergleichen.<sup>109</sup> Dazu greift das Verfahren auf anonymisierte Abrechnungsdaten von Kliniken und Stammdaten der AOK zurück. Das Projekt wird vom Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIDO) laufend weiterentwickelt. Ergebnisse des QSR-Projekts werden zu ausgewählten Behandlungen im AOK-Krankenhausmonitor regelmäßig veröffentlicht, seit dem Jahr 2012 zusammen mit Ergebnissen zur Patientenzufriedenheit auf Basis einer Versichertenbefragung von AOK, BARMER GEK und der „Weissen Liste“.<sup>110</sup> Die im Rahmen des QSR-Projekts vorliegenden Daten sind (bislang) allerdings auf den stationären Sektor beschränkt.

Darüber hinaus liegen über die vertragsärztlichen bundesweiten und kassenübergreifenden Arzneiverordnungsdaten (AVD) (gemäß § 300 Abs. 2 SGB V) Einzeldaten zur Arzneimittelversorgung vor, die z. B. über das „Arzneiverordnungs-Portal“ des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi) bezogen werden können.<sup>111</sup> Auf dieser Basis wurden vom Zi Analysen zu regionalen Unterschieden bei der Arzneimittelversorgung, z. B. hinsichtlich Antibiotikaverordnungen, durchgeführt, die im „Versorgungsatlas“ des Zi veröffentlicht wurden. Da diese Daten allerdings bereits bei der Übermittlung hinsichtlich Arzt- und Versichertenbezug zu pseudonymisieren sind (§ 300 Abs. 2 SGB V), können damit lediglich Regionalvergleiche, z. B. aggregiert auf der Kreisebene, jedoch nicht auf der Ebene der einzelnen Ärzte, vorgenommen werden.<sup>112</sup>

### Darstellung auf Einrichtungsebene

Angaben zum praxisindividuellen Leistungsangebot und damit zu Teilaspekten der Strukturqualität werden in Deutschland auf Ebene einzelner Leistungserbringer durch die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) im Rahmen der sogenannten „Arztsuchen“ veröffentlicht. Dabei handelt es sich um Onlineportale, die Versicherten Informationen für die Arztwahl zur Verfügung stellen. Der Umfang der verfügbaren Angaben unterscheidet sich geringfügig sowohl zwischen den Fachgruppen als auch zwischen den einzelnen KVen. In der Regel sind allerdings für die einzelnen Ärzte Angaben veröffentlicht zu Öffnungszeiten, Praxiszugang (Barrierefreiheit), Fachgebietsbezeichnungen, Zusatzbezeichnungen, Genehmigungen zum Durchführen besonderer Leistungen (z. B. Screening, EKG, Ultraschall), strukturierte Behandlungsprogramme (z. B. DMP, hzV) und Fremdsprachenkenntnissen.

108 Vgl. [http://www.aok-gesundheitspartner.de/bund/qisa/praxis/index\\_14315.html](http://www.aok-gesundheitspartner.de/bund/qisa/praxis/index_14315.html) (Download 20.11.2017).

109 Vgl. <http://www.aok-gesundheitspartner.de/bund/krankenhaus/qs/qs/index.html> und <http://www.qualitaets-sicherung-mit-routinedaten.de/> (Download 20.11.2017).

110 Vgl. <http://www.aok-gesundheitspartner.de/bund/krankenhaus/qs/versichertenbefragung/index.html> (Download 20.11.2017).

111 Vgl. <https://www.zi.de/cms/index.php?id=141> (Download 20.11.2017).

112 Vgl. Bätzing-Feigenbaum et al. 2015.

Grundsätzlich besteht die Einschränkung, dass die KV-Portale der „Arztsuchen“ nicht zu allen niedergelassenen Vertragsärzten Angaben enthalten, denn Ärzte können einer Veröffentlichung von Angaben zu ihren Leistungen widersprechen. Darüber hinaus weisen KVen selbst immer wieder darauf hin, dass die Angaben im Rahmen der „Arztsuchen“ nicht umfassend hinsichtlich Qualität (z. B. bezüglich der Schwerpunktbezeichnungen im Einzelnen) und nicht regelmäßig hinsichtlich Aktualität (z. B. im Zusammenhang mit dem Ausscheiden von Ärzten) überprüft werden. Informationen zur Prozess- und Ergebnisqualität, wie z. B. Patientenzufriedenheit, sind auf den „Arztsuchen“ nicht verfügbar.

Für Vertragsärzte besteht – im Gegensatz zu Krankenhäusern – keine gesetzliche Verpflichtung, jährlich einen einrichtungsbezogenen Qualitätsbericht zu erstellen. In Bezug auf die Ergebnisqualität bestehen für Einzelpraxen – z. B. aufgrund geringer Ereigniszahlen oder der häufigen Langfristigkeit von Behandlungen – nach Einschätzung der KBV oft keine geeigneten Bedingungen für eine aussagekräftige, vergleichbare und damit valide Messung einer Reihe von Qualitätsindikatoren.<sup>113</sup>

Qualitätsdarstellungen, ob auf aggregierter Ebene oder Einrichtungsebene, verfolgen in der Regel das Ziel, die Qualitätstransparenz zu steigern oder aus Sicht der Leistungserbringer über das angebotene Leistungsspektrum zu informieren. Sie liefern damit allerdings noch nicht unmittelbar und uneingeschränkt den Versicherten bzw. Patienten Informationen, die diese als Unterstützung bei der Auswahl eines Arztes für eine bestimmte Behandlung verwenden können. Dafür ist u. a. Voraussetzung, dass die dargelegten Qualitätsinformationen für die Versicherten zugänglich gemacht werden und in einer Form aufbereitet sind, dass diese sie – ohne größeren Aufwand – verstehen und anwenden können. Dies schließt auch die Möglichkeit ein, ggf. mehrere Leistungserbringer anhand ausgewählter Qualitätsmerkmale vergleichen zu können.

Vor diesem Hintergrund ist in Deutschland eine ganze Reihe von Public-Reporting-Portalen (oft auch als „Arztbewertungsportale“ bezeichnet) entstanden, die u. a. die Unterstützung der Versicherten bei der Arztwahl zum Ziel haben. Prominente Beispiele sind die „Weisse Liste“, „Jameda“, „Sanego“ und „Docinsider“.<sup>114</sup> Die Qualitätsdarstellung im Rahmen dieser Portale erfolgt überwiegend auf Ebene einzelner Praxen bzw. Ärzte. Mitunter sind Angaben zu einer ganzen Reihe an Qualitätsmerkmalen öffentlich zugänglich verfügbar.

Die „Arztbewertungsportale“ zeichnen sich im Vergleich zu den anderen Elementen der Qualitätsdarstellung in der ambulanten ärztlichen Versorgung in Deutschland dadurch aus, dass sie

- Qualitätsinformationen auf Ebene einzelner Ärzte veröffentlichen,
- diese nutzerfreundlich aufbereiten, sodass sie bei der Suche bzw. Auswahl eines niedergelassenen Arztes Patienten unterstützen und
- dabei auch Angaben zur Patientenzufriedenheit als einen wichtigen Aspekt der Informationsbedürfnisse von Patienten, wie sie sich auf Grundlage der Vorstudie „Patientenpräferenzen in Deutschland“ ergeben, darstellen.

<sup>113</sup> Vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung 2016b.

<sup>114</sup> Als weitere Portale, die die Einschlusskriterien, welche bei der Länderanalyse zugrunde gelegt wurden, erfüllen (vgl. Abschnitt 3.2), sind zu nennen: „Arzt-Termine.de“, „Facharzt24“, „Topmedic“, „Med.de“, „Aerzte.de“, „Die Arzttempfehlung“, „Arzt-Auskunft“ und das Bewertungsportal des Verbands der Ersatzkassen. Vgl. Emmert & Meszmer 2017.

Die Qualitätsbeurteilungen dieser Portale beruhen im Wesentlichen auf Patientenbewertungen, die zumindest in Bezug auf die Weisse Liste auf einer methodisch anspruchsvollen, systematischen Erhebung von Patientenerfahrungen mit PREM-Instrumenten beruhen. Eine wesentliche Einschränkung besteht darin, dass die Angaben häufig nur unzureichend bzw. nicht anhand transparenter Kriterien durch die Portalbetreiber kontrolliert werden. Einher geht damit auch eine potenzielle Verzerrung der Einschätzungen infolge einer (bislang) oft nicht belastbaren Anzahl der Bewertungen sowie der Tatsache, dass die durchschnittlichen Bewertungen eines Arztes auf den einzelnen Portalen mitunter erheblich unterschiedlich ausfallen, was wiederum auch mit einer geringen Anzahl der Bewertungen zusammenhängt.<sup>115</sup>

115 Vgl. Emmert & Meszmer 2017.



## 6 Ableitung von Benchmarks und deren Übertragbarkeit

---

Im Folgenden wird diskutiert, welche Ergebnisse aus den Länderanalysen grundsätzlich als „Benchmark“ bzw. Impuls für Deutschland herangezogen werden könnten. Dazu werden zunächst zusammenfassend aus den Länderanalysen mögliche Benchmarks abgeleitet (Abschnitt 6.1). Anschließend wird die Übertragbarkeit für Deutschland diskutiert (Abschnitt 6.2).

### 6.1 Ableitung von Benchmarks

#### 6.1.1 Länderübergreifende Ableitung von Benchmarks

Die Auswertung der Informationsangebote der Public-Reporting-Portale nach einzelnen Qualitätsmerkmalen zeigt zwar im Ländervergleich ein insgesamt heterogenes Bild. Es lassen sich dennoch ähnliche Schwerpunkte identifizieren. Aus diesen grundlegenden Gemeinsamkeiten werden im Folgenden Benchmarks differenziert nach Qualitätsmerkmalen abgeleitet. Dafür werden die einzelnen 49 Qualitätsmerkmale (vgl. Tabelle 1) auf einer ersten Ebene nach Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sowie auf einer weiteren Ebene thematisch gruppiert.<sup>116</sup>

Die Angebote, die sich auf den PR-Portalen zu den einzelnen Qualitätsbereichen in den betrachteten Ländern insgesamt finden lassen, werden anhand der Bedeutung, die – gemäß den Ergebnissen der fokusgruppenbasierten Vorstudie „Patientenpräferenzen in Deutschland“ – Patienten in Deutschland dem jeweiligen Merkmal beimessen, gewichtet.<sup>117</sup> Dazu wird zum einen der Anteil der Portale mit veröffentlichten Daten zum jeweiligen Qualitätsmerkmal an allen Portalen länderübergreifend ermittelt und zum anderen auf Basis der Befragungsergebnisse ein durchschnittlicher Scorewert berechnet, der die erhobenen Patientenpräferenzen abbildet (Tabelle 34).<sup>118</sup>

Im Durchschnitt veröffentlichen die Portale länderübergreifend zu 31 Prozent der Qualitätsbereiche Daten. Das heißt, das Potenzial an Qualitätsinformationen, an denen Patienten gemäß der Vorstudie interessiert sind, wird nur zu knapp einem Drittel ausgeschöpft (vollständig wäre es ausgeschöpft, wenn jedes Portal zu jedem Qualitätsmerkmal Daten

<sup>116</sup> Die länderübergreifende Analyse der Abbildung der einzelnen Qualitätsmerkmale ist in Anhang 7.2 (Tabelle 36) dargestellt. Eine tabellarische Übersicht zur Verdichtung der Qualitätsmerkmale zu Qualitätsbereichen im Einzelnen findet sich in Anhang 7.3 (Tabelle 37).

<sup>117</sup> Die Vorstudie basiert auf vier Fokusgruppen (vgl. Abschnitt 3.2). Sie ist nicht repräsentativ für die Gesamtheit aller Patienten in Deutschland.

<sup>118</sup> Dabei ergab sich der höchste Scorewert (+ 31) und damit die höchste Wichtigkeit für den Aspekt „Nimmt der Arzt mein Anliegen ernst?“ und der niedrigste Scorewert (– 28) für die Patientenstruktur (hinsichtlich der Geschlechtsverteilung).



TABELLE 34: **Ergebnisse der Länderanalyse nach Qualitätsbereichen (länderübergreifend) und Präferenzen der Patienten in Deutschland**

Qualitätsbereich	Anteil der Portale mit veröffentlichten Daten an allen Portalen	Patientenpräferenzen: Durchschnittliche Scorewerte
Strukturqualität	35 %	
Zugang zur Praxis	40 %	+ 11
Praxisausstattung	12 %	+ 14
Fachkompetenz des (ärztlichen) Personals	35 %	+ 3
Leistungsspektrum/ Tätigkeitsschwerpunkte	41 %	+ 18
Patientenstruktur	38 %	- 19
Prozessqualität	22 %	
Leistungsverhalten des Arztes (Verordnungen etc.)	10 %	+ 8
Kooperationen und Überweisungen (Koordination)	25 %	- 3
Kommunikation und Behandlungsgestaltung	23 %	+ 22
Ergebnisqualität	34 %	
Patientenzufriedenheit	53 %	+ 15
objektiver Behandlungserfolg	22 %	+ 5
Insgesamt (Durchschnitt)	31 %	
<p>Anmerkungen: Insgesamt liegen die Auswertungen der länderübergreifend N = 40 Portale zugrunde. Anteil der Portale bezogen auf durchschnittliche Anteile über die Länder USA, England, Niederlande und Dänemark. Durchschnittliche Scorewerte berechnet als Mittelwerte über Scores von Einzelitems; Werte &gt; 0 stehen für überdurchschnittliche Bedeutung aus Sicht der Patienten und Werte &lt; 0 für unterdurchschnittliche Bedeutung. Die Range der Scorewerte auf Ebene der einzelnen Aspekte reicht von + 31 (höchster erreichter Wert) bis - 28 (niedrigster erreichter Wert). Vgl. Fußnote 118. Quelle: IGES auf Basis von veröffentlichten Daten der PR-Portale und Vorstudie „Patientenpräferenzen in Deutschland“.</p>		

veröffentlichen würde). Dabei zeigt sich kein Qualitätsbereich, der von der überwiegenden Mehrheit der Portale, sozusagen „standardmäßig“, abgedeckt wird. Daten zur Strukturqualität (im Durchschnitt zu 35 Prozent auf den Portalen veröffentlicht) sowie zur Ergebnisqualität (34 %) werden generell häufiger veröffentlicht als Daten zur Prozessqualität (22 %).

Aus Sicht der Patienten wird allerdings gerade Angaben zur Prozessqualität – zumindest bezüglich Kommunikation und Behandlungsgestaltung – tendenziell eine etwas höhere Bedeutung beigemessen als Daten zur Strukturqualität und zur Ergebnisqualität.<sup>119</sup> Dabei zeigen sich auf der unteren Ebene innerhalb dieser Qualitätsbereiche zum einen sehr unterschiedliche Einschätzungen durch die Patienten, z. B. wird die Patientenzufriedenheit im Rahmen der Ergebnisqualität relativ höher bewertet. Zum anderen zeigt sich auch generell eine sehr heterogene Abdeckung durch die Portale.

### Strukturqualität

Informationen zur Strukturqualität werden länderübergreifend auf den Public-Reporting-Portalen verhältnismäßig zahlreich veröffentlicht. Das trifft insbesondere auf Daten zum Zugang zur Praxis zu (im Durchschnitt 40 Prozent der Portale veröffentlichen hierzu Angaben). Neben den allgemeinen Kontakt- und Lagedaten werden oft Angaben zur Terminvergabe (z. B., ob „neue“ Patienten aufgenommen werden), zu Wartezeiten in der Praxis und

<sup>119</sup> Auch gemäß der Fachliteratur zeigt sich ein deutlich höheres Interesse von Patienten an Struktur- und Prozessqualität im Vergleich zur Ergebnisqualität (vgl. Schrappe 2017).

zur Art der akzeptierten Krankenversicherung – vor allem in den USA hinsichtlich Medicare/Medicaid – gemacht. Es ergibt sich allerdings die Einschränkung, dass sich die veröffentlichten Informationen mitunter nur auf eine bestimmte Versichertengruppe, z. B. Versicherte im Medicare- / Medicaid-System, beziehen.

Ebenfalls relativ ausgeprägt fällt länderübergreifend das Angebot an Informationen zum Leistungsspektrum der Ärzte sowie zu Tätigkeitsschwerpunkten aus. So werden z. B. auf Portalen in England teilweise Angaben zum Angebot an Leistungen, wie Reiseimpfungen, oder spezialisierten Leistungen, wie Lungenfunktionstests, gemacht („doctify“), und für Hausärzte ist vereinzelt die Angabe verfügbar, ob Hausbesuche durchgeführt werden („NHS Choices“). In diesem Zusammenhang werden auf einigen Portalen auch Daten zur Patientenstruktur (z. B. Alters- und Geschlechtsstruktur, regionale Einzugsgebiete) veröffentlicht. Angaben zum Zugang und zum Leistungsspektrum bilden gemäß der Vorstudie vergleichsweise wichtige patientenrelevante Qualitätsmerkmale (Scorewerte + 11 bzw. + 18). Daten zur Patientenstruktur sind für die Patienten allerdings von geringerer Bedeutung (– 19).<sup>120</sup>

Im Vergleich zu den Patientenpräferenzen lässt sich des Weiteren feststellen, dass der besonders hoch bewertete Qualitätsbereich der Praxisausstattung (Scorewert + 14) länderübergreifend nur von einem relativ kleinen Teil der Portale im Rahmen von Datenveröffentlichungen berücksichtigt wird (12 %).

Die beschriebenen Informationsangebote zur Strukturqualität enthalten somit hinsichtlich der Patientenpräferenzen eine Reihe geeigneter Vergleichsmaßstäbe für die Qualitätsdarstellung in der ambulanten ärztlichen Versorgung in Deutschland. Dies betrifft zunächst Informationen zum Zugang, die über Kontakt- und Lagedaten hinausgehen und die Themen Termin- und Wartezeiten adressieren. Von größerer Relevanz sind jedoch die Informationsangebote zu Tätigkeitsschwerpunkten und Leistungsspektren der Ärzte. Infolge der fortschreitenden fachlichen Spezialisierung und Schwerpunktsetzungen sowie einer damit verbundenen Zunahme der räumlichen Konzentration von Versorgungsangeboten ist davon auszugehen, dass der Informationsbedarf der Patienten diesbezüglich wächst.

### Prozessqualität

Informationen zur Prozessqualität werden länderübergreifend von den Public-Reporting-Portalen nur in sehr begrenztem Umfang veröffentlicht. Auf lediglich einem Viertel der untersuchten Portale (25 %) sind Angaben zum Qualitätsbereich „Kooperationen und Koordination“ verfügbar. In Dänemark ist über das gegenwärtig abgeschaltete DAMD-Portal zumindest konzeptionell vorgesehen, dass Ärzte angeben, inwieweit sie durch Überweisungen zu anderen (Fach-)Ärzten Möglichkeiten weiterführender diagnostischer Untersuchungen bei Herzinsuffizienz und COPD anbieten.

Der Aspekt der „Kooperation und Koordination“ wird von den Teilnehmern der Vorstudie im Durchschnitt als weniger wichtig (Scorewert – 3) eingeschätzt als die anderen Bereiche der Prozessqualität (Leistungsverhalten sowie Kommunikation und Behandlungsgestaltung).

Informationen zum Leistungsverhalten der Ärzte, vor allem in Bezug auf Verordnungen, werden länderübergreifend auf den Portalen nur sehr vereinzelt veröffentlicht (10 %). Hervorzuheben sind dabei die sehr detaillierten Angaben zu Art und Umfang (Anzahl Patienten)

<sup>120</sup> In der Vorstudie konnten die meisten Probanden aus der Alters- und Geschlechtsverteilung der Patienten in einer Praxis keine relevanten Informationen entnehmen.

der Arzneimittelverordnungen nach Einzelsubstanzen (z. B. Antibiotika) auf Einrichtungsebene sowie zum Anteil der Generika an den Verordnungen, die auf den staatlichen Portalen der USA („Physician Compare“, CMS) abrufbar sind. Damit lassen sich z. B. Fachgruppenvergleiche des Ordnungsverhaltens vornehmen und die regionale Variation von Generikaquoten darstellen. Eine darüber hinausgehende patientenbezogene Analyse des Ordnungsverhaltens, z. B. in Bezug auf Polymedikation oder potenziell inadäquate Medikation für ältere Menschen (vgl. in Deutschland z. B. den Projektverbund PRISCUS<sup>121</sup>), ist allerdings auch mit diesen Ordnungsdaten aufgrund des Bezugs zur Einrichtungsebene (und einer damit nicht direkt identifizierbaren Patientenebene) nicht unmittelbar möglich. Zudem macht die unhandliche bzw. fehlende Aufbereitung der Daten auf diesen US-Portalen eine unmittelbare Verwendung durch die Versicherten eher unwahrscheinlich.

Darüber hinaus sind die Informationen zur Prozessqualität länderübergreifend auf den PR-Portalen weitestgehend auf die eher subjektiven Angaben zum Bereich „Kommunikation und Behandlungsgestaltung“ beschränkt (23 Prozent der Portale mit Angaben). Die diesen Angaben zugrunde liegenden Patientenbefragungen werden jedoch überwiegend nicht anhand methodisch validierter Messinstrumente für Patientenerfahrungen („Patient-Reported Experience Measure“, PREM) durchgeführt, womit sich zumindest bei der methodischen Qualität hinsichtlich der Belastbarkeit der Datengrundlagen potenzielle Einschränkungen ergeben.<sup>122</sup> Die im Rahmen der Vorstudie befragten Teilnehmer versehen diesen Aspekt mit der höchsten Bedeutung (Scorewert +22).

Hinsichtlich der Prozessqualität lassen sich aus den öffentlichen Informationsangeboten in den untersuchten Ländern somit nur begrenzt geeignete Vergleichsmaßstäbe heranziehen. Für Informationsangebote zu der aus Patientensicht besonders relevanten Qualität der Kommunikation und Behandlungsgestaltung von Ärzten gibt es immerhin ein methodisch fundiertes Praxisbeispiel aus England. Zur Qualität des Leistungsverhaltens der Ärzte, z. B. in Bezug auf Arzneimittelverordnungen, wird eine patientenbezogene Perspektive in den Public-Reporting-Systemen bislang nicht umgesetzt. Für zentrale Qualitätsaspekte, etwa die Polymedikation, ist die Ebene der einzelnen Einrichtung bzw. Praxis u. U. auch nicht die passende Bezugsgröße, da häufig mehrere Verordnungen unterschiedlicher Ärzte/Einrichtungen zu berücksichtigen sind. Eine aussagekräftige Qualitätsinformation auf Praxisebene würde zumindest voraussetzen, dass die behandelnde Praxis über sämtliche patientenbezogene Ordnungsinformationen verfügt und daher die Aufgabe der Prüfung von Polymedikationen im Behandlungsprozess übernimmt bzw. übernehmen kann. Ebenso lässt sich die Qualität von Koordination und Kooperation letztlich nur unter Einbeziehung aller am Behandlungsprozess Beteiligten messen. Es können aber Teilelemente von Koordinationsprozessen (z. B. Überweisung zum Spezialisten bei bestimmten Diagnoseergebnissen) definiert und eine diesbezügliche Prozessqualität auch auf Praxisebene geprüft werden. Hierfür liefern die Public-Reporting-Systeme in den untersuchten Ländern bislang jedoch kaum praxisrelevante Vergleichsmaßstäbe.

### Ergebnisqualität

Zur Ergebnisqualität insgesamt werden länderübergreifend auf den PR-Portalen verhältnismäßig oft Angaben veröffentlicht. Das Angebot fällt allerdings sehr unterschiedlich in Bezug auf die „objektive“ Erfassung von Ergebnisqualität (Daten zu Behandlungsergeb-

121 Vgl. Projektverbund PRISCUS, <http://www.priscus.net/> (Download 17.11.2017).

122 Eine Ausnahme stellt dabei die Patientenbefragung des NHS-basierten „GP Patient Survey“-Portals dar, die methodisch ein PREM einsetzt. <https://www.england.nhs.uk/statistics/2017/07/06/gp-patient-survey-2017/> (Download 17.11.2017).

nissen) und die „subjektive“ (Patientenzufriedenheit) aus. Während rund die Hälfte aller Portale (53 %) Angaben zur Patientenzufriedenheit veröffentlicht, sind Informationen zum „objektiv“ erfassten Behandlungserfolg lediglich auf rund einem Fünftel der Portale verfügbar (22 %).

„Objektive“ Daten zum Behandlungserfolg werden auf den Portalen zum einen in Bezug auf Früherkennung und Vorsorgeleistungen (Prävention) verhältnismäßig oft veröffentlicht. So werden z. B. auf den englischen und US-amerikanischen Portalen auf Einrichtungsebene Erreichungsgrade bei Impfraten oder Screeningraten nutzerorientiert aufbereitet dargestellt („NHS Choices“ und „Physician Compare“). Auf dem englischen QOF-Portal sind auf Einrichtungsebene Indexwerte zu ausgewählten Erkrankungen, wie z. B. Asthma, Diabetes, Depression und Bluthochdruck, veröffentlicht, die als Erreichungsgrade der Ergebnisqualität – basierend auf „P4P“-Daten – dargestellt werden. Zu jedem Index ist darüber hinaus angegeben, wie viele einzelne Qualitätsindikatoren bei der Bildung des Indexes eingeflossen sind.

Zum anderen werden im Rahmen der „objektiven“ Daten zum Behandlungserfolg Indikatoren veröffentlicht, die sich auf spezifische Erkrankungen beziehen oder durch etablierte strukturierte Behandlungspfade gekennzeichnet sind („Disease Management Programme“, DMP, z. B. zu Diabetes). Zu solchen verhältnismäßig stark standardisierten Behandlungen werden vereinzelt auf den PR-Portalen (u. a. „NHS Choices“) etablierte Qualitätsindikatoren (z. B. Blutzuckerwerte, Blutdruckwerte) veröffentlicht. Bei diesen Indikatoren handelt es sich oft um sogenannte „Surrogatparameter“, die zumindest einen Hinweis auf die Ausprägung der Ergebnisqualität geben.<sup>123</sup>

„Objektive“ Daten zum Behandlungserfolg, d. h. Angaben zu relativ „harten“ Parametern der Ergebnisqualität wie Infektionsraten und Mortalitätsraten, werden auf den PR-Portalen für die ambulante ärztliche Versorgung verhältnismäßig selten veröffentlicht. Solche Angaben werden generell für den stationären Sektor deutlich häufiger veröffentlicht (vgl. z. B. das „kiesbeter“-Portal in den Niederlanden). Zu sektorengleichen Behandlungsverfahren werden länderübergreifend auf den untersuchten PR-Portalen verhältnismäßig wenige Angaben veröffentlicht, da solche Verfahren schwerpunktmäßig im Rahmen der fachärztlichen Versorgung eingesetzt werden, die wiederum in den betrachteten Ländern im Vergleich zu Deutschland häufiger im Krankenhaus stattfindet (sowohl ambulant als auch stationär).

Bei der Interpretation von „objektiven“ Daten zum Behandlungserfolg auf Ebene der einzelnen Einrichtungen in der ambulanten Versorgung sind grundsätzliche Herausforderungen zu beachten. Zum einen können die Ausprägungen der „objektiven“ Daten zum Behandlungserfolg aufgrund der Langfristigkeit der Behandlungsprozesse in der Regel nicht eindeutig einem einzelnen Leistungserbringer zugeordnet werden bzw. der Anteil, zu dem sie diesem zugeordnet werden müssten, kann nicht unmittelbar festgestellt werden. Dieses Problem der Zurechenbarkeit kann sich entlang des aufgezeigten Spektrums an „objektiven“ Qualitätsdaten erheblich unterscheiden. Es dürfte in der Regel umso größer ausfallen, je länger und komplexer der Behandlungsprozess ausfällt und je mehr Leistungserbringer beteiligt sind. Gerade in Bezug auf die ambulante Versorgung liegen aber längerfristige Behandlungsprozesse (z. B. bei chronischen Erkrankungen) besonders häufig vor.

<sup>123</sup> Auf den Seiten des „Medicare Plan Finders“ werden aggregierte Ergebnisse aus dem „Medicare Health Outcomes Survey“ (HOS) in Form eines „Patient-Reported Outcomes Measure“ (PROM) veröffentlicht. In diesem Zusammenhang werden allerdings keine Daten auf Ebene einzelner Leistungserbringer dargestellt. Vgl. <https://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Research/HOS/index.html> (Download 13.12.2017).

Eine weitere Herausforderung betrifft die Vergleichbarkeit der „objektiven“ Daten zum Behandlungserfolg in Zusammenhang mit Unterschieden der zugrunde liegenden Patientenstrukturen zwischen den Ärzten. Für aussagekräftige Vergleiche bedarf es hierfür einer Risikoadjustierung, die wiederum ausreichend hohe Fallzahlen einer Arztpraxis / eines Arztes voraussetzt. Bei einem großen Teil der Arztpraxen, zumindest in den grundversorgenden Fachrichtungen, kommen daher für einen Vergleich von Ergebnisqualität vor allem wenig differenzierte Zielwerte für verbreitete Krankheiten infrage. Bei spezifischeren Qualitätsaspekten und / oder heterogenen Patientenstrukturen werden Qualitätsvergleiche hingegen anfälliger für Ausreißer.

Für die Public-Reporting-Portale der untersuchten Länder wurden seitens der Betreiber unterschiedliche Strategien gewählt, um mit den genannten Herausforderungen bei der Darstellung von „objektiver“ Ergebnisqualität auf Einrichtungsebene umzugehen. Eine in den USA im Zusammenhang mit der Darstellung der Leistungshäufigkeiten gewählte Vorgehensweise ist, Daten ohne Risikoadjustierung zu veröffentlichen („Medicare Fee-For-Service Provider Utilization & Payment“-Datensatz bereitgestellt von CMS). Dieses Informationsangebot dient somit dem Ziel der Transparenz primär über „Rohdaten“ und überlässt Bewertungen und die Ableitung von Entscheidungshilfen den Datennutzern.<sup>124</sup> Ein anderes Vorgehen, das in England zum Einsatz kommt, ist das sogenannte „Exception Reporting“. Damit wird den Ärzten die Möglichkeit gegeben, bei der Ermittlung der veröffentlichten Daten bestimmte Ergebniswerte, die z. B. außerhalb eines vorgegebenen Spektrums liegen, explizit auszuschließen („NHS Choices“ und QOF).

Neben den beschriebenen „objektiven“ Daten zum Behandlungserfolg werden länderübergreifend auf den PR-Portalen verhältnismäßig häufig Angaben zur Patientenzufriedenheit (53 %) veröffentlicht. Dabei handelt es sich um „subjektive“ Informationen zum Behandlungserfolg. Sie werden in der Regel über Erhebungen erfasst, die methodisch deutlich weniger aufwendig ausgestaltet sind als anerkannte Verfahren, wie „Patient-Reported Experience Measures“ (PREM).

Aus Sicht der befragten Teilnehmer der Vorstudie kommt den „subjektiven“ Angaben zur Patientenzufriedenheit eine größere Bedeutung zu (Scorewert +15) als den „objektiven“ Daten zum Behandlungserfolg (+5).

Im Hinblick auf die Darstellung von Ergebnisqualität der ambulanten ärztlichen Versorgung in Deutschland verdeutlichen die internationalen Erfahrungen, dass eine umfangreiche Nutzung „harter“ Ergebnisparameter auf spezifische datenbezogene und methodische Herausforderungen trifft (teilweise geringe Fallzahlen, längerfristige Versorgungsprozesse). Andererseits besteht neben diesen „harten“ Parametern ein Spektrum weiterer Indikatoren, mit denen relevante Aspekte der Ergebnisqualität erfasst werden können. Hierzu zählen insbesondere der Bereich der Früherkennung und Vorsorge, aber auch Zielparame- ter aus strukturierten Behandlungsprogrammen für chronische Erkrankungen. Zugänglicher und unmittelbar entscheidungsrelevant sind für Patienten dagegen Angaben zur Patientenzufriedenheit. Daraus ergeben sich zwei Ansatzpunkte für eine Weiterentwicklung der Darstellung von Ergebnisqualität: Die Relevanz etablierter Indikatoren für die Qualitätsbewertung ist gegenüber den Patienten erläuterungsbedürftig und die Erfassung der Patientenperspektive lässt sich methodisch stärker fundieren.

124. Die CMS als Betreiber weisen entsprechend darauf hin, dass sich aus den Daten keine Aussagen zur Behandlungsqualität ableiten lassen. Zu den potenziellen Datennutzern zählen die CMS neben Versicherten / Patienten auch Leistungserbringer, Wissenschaftler und andere Stakeholder.

## 6.1.2 Zusammenfassendes Fazit der Länderanalysen

Die Analyse der Public-Reporting-Systeme für ausgewählte Länder (Abschnitt 4) zeigt ein breites Spektrum hinsichtlich Aufbau, Ausrichtung und Umfang einer Veröffentlichung von Qualitätsdaten für die ambulante ärztliche Versorgung. Ein „Standardmodell“ lässt sich hieraus nicht ableiten.

In den USA gibt es ein umfangreiches Angebot an Qualitätsdaten, die über staatliche Portale (CMS) sehr detailliert – zum Teil in Bezug auf einzelne abgerechnete Leistungen – veröffentlicht werden, aber für Patienten in dieser Form nur eingeschränkt direkt verwendbar sind und daher darüber hinaus durch diverse private Portale nutzerorientiert aufbereitet werden.

In England wird ein breites Spektrum an Qualitätsdaten staatlicher Portale (v. a. „NHS Coices“ und QOF) ergänzt um Ergebnisse von Patientenbewertungen, die von privaten Informationsportalen veröffentlicht werden. Hier finden sich im Ländervergleich die einzigen Angebote, die darauf abzielen, einzelne Ärzte einer Gesamtbewertung zu unterziehen, in einem Ranking anhand ausgewählter Qualitätsmerkmale zu vergleichen und die Ergebnisse nutzerorientiert darzustellen („NHS Choices“).

Das niederländische Public-Reporting-System hingegen befindet sich für die ambulante Versorgung im Unterschied zur stationären („kiesbeter“) noch im Aufbau und ist – vor dem Hintergrund einer krankenhauszentrierten fachärztlichen Versorgung – weitestgehend auf den hausärztlichen Bereich ausgerichtet (v. a. „Zorgkaart“). Es ist geprägt von intensiver Zusammenarbeit verschiedener Akteure des Gesundheitswesens an gemeinsamen Qualitätsinitiativen.

In Dänemark wird das Public Reporting im ambulanten Sektor von Angeboten staatlicher Portale dominiert. Eine zentrale Gesundheitsplattform („Sundhed“) ermöglicht Versicherten einen umfassenden Zugang zu ihren persönlichen Gesundheitsdaten. Darüber hinaus bestehen mit der gegenwärtig abgeschalteten DAMD-Datenbank („Sentinel Data Capture Project“) zumindest die Strukturen für eine systematische Erhebung sowie Veröffentlichung von Qualitätsdaten mit dem Ziel eines Benchmarkings. Ärzte werden zudem bei Vorliegen eines nachgewiesenen Behandlungsfehlers namentlich auf einer veröffentlichten Liste aufgeführt („Sundhedsstyrelsen-Tilsynslisten“).

Der Ausbau der Public-Reporting-Systeme in den betrachteten Ländern stand oft in engem Zusammenhang mit anderen gesundheitspolitischen Entwicklungen, z. B. in Bezug auf das Ziel, Anreize zur Erhöhung der Qualität im Rahmen der Leistungsvergütung zu setzen („Pay for Performance“, vgl. „Affordable Care Act“ in den USA und QOF-Programm in England). Darüber hinaus wurden in den letzten Jahren auch verstärkt die Voraussetzungen geschaffen, Public-Reporting-Strukturen kosteneffizient auszubauen, wie z. B. technische Möglichkeiten der digitalen Datensammlung (DAMD-Projekt in Dänemark).

Des Weiteren lassen sich Unterschiede zwischen den Public-Reporting-Systemen in den betrachteten Ländern hinsichtlich der Organisation und der Kooperation der beteiligten Akteure sowie der Lenkungsfunktion des Staates („Governance“) erkennen. Hierzu können drei Ansätze unterschieden werden:

- Aufteilung/Kooperation staatlich/privat
- staatlich zentriert mit Beteiligung mehrerer Akteure
- staatlich dominiert



Der Ansatz „Aufteilung/Kooperation staatlich/privat“ wird in den USA und in England umgesetzt. Er zeichnet sich dadurch aus, dass staatliche Trägerorganisationen eine umfangreiche Datengrundlage zu Einzelleistungen und Zahlungsströmen auf Ebene der einzelnen Leistungserbringer veröffentlichen. Mit der Veröffentlichung dieser Datenbasis wird das Ziel verfolgt, die Qualitätstransparenz des Leistungsgeschehens zum einen direkt über die Darstellung von Qualitätsinformationen sowie indirekt durch das Setzen von Anreizmechanismen (erfolgs- und publikationsabhängige Vergütung) zu erhöhen. Auf dieser Datenbasis setzen weitere Portale mit dem Ziel auf, diese Informationen nutzerorientiert aufzubereiten und ggf. mit weiteren Angaben, die z. B. über Patientenbefragungen generiert wurden, zu verknüpfen. Diese Portale werden entweder vornehmlich von privaten Anbietern betrieben (USA) oder sind aus der Vernetzung verschiedener Initiativen und Programme zur Qualitätstransparenz innerhalb des staatlichen PR-Systems entstanden (NHS in England).

Der Ansatz „staatlich zentriert mit Beteiligung mehrerer Akteure“ wird in den Niederlanden verfolgt. Staatliche Behörden, Leistungserbringer, Kostenträger (Krankenkassen) und Patientenorganisationen arbeiten bei der Weiterentwicklung des PR-Systems eng zusammen. Dabei werden die Initiativen und Programme (z. B. PQI-Programm) typischerweise innerhalb der staatlichen Strukturen zentral organisiert (z. B. Nationales Gesundheitsinstitut). Die in diesem Rahmen gesammelten Daten werden zentralisiert auf staatlich betriebenen Portalen veröffentlicht (z. B. „Zorgkaart“). Krankenkassen und Patientenorganisationen bringen Daten aus Patientenbefragungen auf diese Portale ein. Darüber hinaus existieren parallel betriebene Initiativen, bspw. von Leistungserbringern, die vereinzelt Qualitätsdaten aus ihren Qualitätsmanagementprozessen veröffentlichen. Rein privat betriebene Portale beschränken sich bei diesem Ansatz überwiegend auf die Durchführung von Befragungen und ergänzen damit, unabhängig von dem Datenangebot der zentralen staatlichen Portale, die Darstellung der Patientenzufriedenheit.

Der Ansatz „staatlich dominiert“ ist in Dänemark vorzufinden. Er zeichnet sich dadurch aus, dass das Angebot an Public-Reporting-Portalen weit überwiegend von staatlichen Akteuren bestimmt wird. Weitere Akteure werden nicht in die staatlichen Prozesse zur Weiterentwicklung des Public Reporting einbezogen und von ihnen gehen auch kaum eigene, maßgebliche Initiativen und Programme in diesem Kontext aus, mit Ausnahme vereinzelter Maßnahmen von Fachgesellschaften bzw. -verbänden. Im staatlich dominierten System werden Qualitätsdaten über mehrere staatliche Akteure generiert und zentral zusammengeführt. Die Daten werden auf verschiedenen, in der Regel auf die zugrunde liegenden Initiativen bezogenen Portalen veröffentlicht, auf die die Versicherten über eine zentrale Plattform („sundhed.dk“) Zugriff haben.

## 6.2 Beurteilung der Übertragbarkeit für Deutschland

### Strukturqualität

Die aus Sicht der befragten Teilnehmer der Vorstudie relevantesten Bereiche der Strukturqualität sind das Leistungsspektrum, die Praxisausstattung und der Zugang zur Praxis. Mit Ausnahme der Praxisausstattung finden sich hierzu international auch relativ häufig Praxisbeispiele für eine Darstellung dieser Qualitätsaspekte im Rahmen von Public-Reporting-Portalen.

In Bezug auf das ärztlich angebotene Leistungsspektrum bzw. die Tätigkeitsschwerpunkte bieten Abrechnungsdaten eine umfassende Datengrundlage. Diese Daten liegen für die GKV

routinemäßig vor und erlauben in ihrer gegenwärtigen Form – trotz einiger pauschalierenden Positionen im Vergütungssystem – eine vergleichsweise detaillierte Abbildung der tatsächlich erbrachten Leistungen. Die im Rahmen der Honorarabrechnungen dokumentierten Leistungen werden von den Arztpraxen an die Kassenärztlichen Vereinigungen übermittelt. Ein Vorteil dieser Daten bei einer Verwendung für das Public Reporting liegt in der umfassenden Bezugsgrundlage (Vollerhebung): Enthalten sind alle abrechnungsrelevanten vertragsärztlich erbrachten Leistungen mit jeweiligem Bezug zu Leistungserbringer und Patienten sowie entsprechenden Angaben zu diesen (Fachbezeichnung, Alter etc.). Ein weiterer Vorteil ergibt sich aus einer verhältnismäßig kosteneffizienten Nutzbarkeit. Da die Daten im Rahmen der Leistungsabrechnungen mit den Kostenträgern bereits umfassend erhoben werden, entstünden den Arztpraxen keine unmittelbaren zusätzlichen Kosten bei einer Verwendung für das Public Reporting.

Mit Blick auf Nutzerfreundlichkeit und Handhabbarkeit erscheint eine schrittweise Erschließung dieser umfassenden Datenquelle zum Zweck der Darstellung von Strukturqualität sinnvoll. Primäres Ziel sollte es dabei sein, Unterschiede im Leistungsspektrum von niedergelassenen Ärzten vor allem innerhalb derselben Fachrichtung (z. B. bei Internisten, betrifft aber teilweise auch Allgemeinmediziner) weitergehend transparent zu machen, die für bestimmte Patientengruppen versorgungsrelevant sind bzw. sich auf spezifische Untersuchungsmethoden/Therapierichtungen beziehen. Die heute bereits freiwillig gemachten Angaben der Arztpraxen erscheinen hierfür nicht ausreichend, da es erstens an Vergleichbarkeit und zweitens auch an Angaben darüber fehlt, welche Leistungen nicht oder nur in geringem Umfang angeboten werden (z. B. Hausbesuche).<sup>125</sup>

Eine größere Transparenz über Unterschiede von Leistungsspektren bzw. Tätigkeitsschwerpunkten schafft – vor dem Hintergrund einer zunehmenden Spezialisierung von Ärzten auch innerhalb der Fachgruppen – für Patienten mehr Orientierung bei der Arztsuche. Des Weiteren ergeben sich Anknüpfungspunkte für eine Weiterentwicklung der vertragsärztlichen Bedarfsplanung, in deren Zusammenhang zunehmend eine hinsichtlich des tatsächlichen Leistungsspektrums differenziertere Planung für die einzelnen ärztlichen Fachgruppen gefordert wird.

In Bezug auf die Praxisausstattung werden in Deutschland bereits im Rahmen der vertragsärztlichen Qualitätssicherung spezifische Maßnahmen umgesetzt, in deren Zusammenhang Daten auf Ebene einzelner Praxisinhaber vorliegen. So haben die KVen im Rahmen der verpflichtenden Maßnahmen zur Qualitätssicherung (vgl. Abschnitt 5.1) in regelmäßigen zeitlichen Abständen gerätebezogene Prüfungen sowie Hygiene-Prüfungen durchzuführen. Überwiegend werden diese Prüfungen nur auf Stichprobenbasis (§ 135b Abs. 2 SGB V) durchgeführt, einzelne Verfahren finden als Vollerhebungen statt. So sind gerätebezogene Prüfungen für verschiedene diagnostische Verfahren verpflichtend durchzuführen, z. B. müssen alle Ultraschallsysteme, die in der vertragsärztlichen Versorgung eingesetzt werden, einer sogenannten „Abnahme- und Konstanzprüfung“ durch die KV unterzogen werden.<sup>126</sup> Die KVen berichten im Rahmen ihrer Qualitätsberichte, in welchem Umfang solche

<sup>125</sup> Ein Beispiel für die Nutzung von vertragsärztlichen Abrechnungsdaten, um Unterschiede der Leistungsspektren von Ärzten darzustellen, ist ein von der KV Bayerns entwickelter Versorgungsindex. Der Index misst, in welchem Umfang Hausärzte eine „typische hausärztliche Versorgung“ leisten. Hierfür wurde eine Reihe hausärztlicher Leistungsbereiche ausgewählt, für die jeweils Indikatoren und dazugehörige Schwellenwerte festgelegt wurden. Einbezogen wurden dabei u. a. die Anzahl behandelter Fälle, Impfungen und Hausbesuche, Arzneimittelverordnungen bezüglich verbreiteter Erkrankungen sowie Angebote zur geriatrischen/Heimversorgung. Vgl. Kassenärztliche Vereinigung Bayerns 2012.

<sup>126</sup> Vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung 2016b.



Maßnahmen in den jeweiligen KV-Regionen insgesamt durchgeführt wurden.<sup>127</sup> Da der Anspruch dieser Maßnahmen darin besteht, dass Qualitätsanforderungen einheitlich und flächendeckend erfüllt werden, ist der Informationsgehalt der Prüfergebnisse für die Arztwahl von Patienten sehr begrenzt.<sup>128</sup>

Im Zusammenhang mit hygiesichernden Maßnahmen stehen seitens der Kassenärztlichen Vereinigungen diverse Vorlagen und Anleitungen für Praxisinhaber zur Verfügung. Jede Arztpraxis ist dazu verpflichtet, einen eigenen Hygieneplan zu erstellen. Das „Kompetenzzentrum Hygiene und Medizinprodukte“ (CoC) der KVen / KBV hat hierfür eine Mustervorlage herausgegeben, in der fachgruppenübergreifend hygienerelevante Abläufe einer Praxis detailliert dargestellt sowie allgemeine und spezielle Hygienemaßnahmen beschrieben werden.<sup>129</sup> Darüber hinaus stellt das CoC einen Erhebungsbogen zur „Feststellung des Status quo in der Arztpraxis“ in Bezug auf Hygiene und Medizinprodukte<sup>130</sup> zur Verfügung, mit dem die Ärzte sich im Rahmen eines Praxisselbsttests einen Überblick über den Umsetzungsstand von Hygienemaßnahmen in ihrer Praxis verschaffen können. Zusätzlich bietet die KBV Praxisinhabern weitere Selbsttests zu qualitätsbezogenen Themen an („Mein PraxisCheck“)<sup>131</sup>, mittels derer diese auf freiwilliger Basis prüfen können, inwieweit in ihrer Praxis spezifische Standards in Bezug auf Themen wie Hygiene, Präventionsmaßnahmen gegen Wundinfektionen oder Patientensicherheit eingehalten werden.

Die verpflichtenden Hygienepläne, die existierenden Mustervorlagen für hygienebezogene Maßnahmen und Abläufe sowie die Praxisselbsttests adressieren einen von den Patienten als hochrelevant angesehenen Qualitätsaspekt. Sie bieten damit einen zentralen Ansatzpunkt für ein erweitertes Informationsangebot hinsichtlich der Strukturqualität von Arztpraxen, z. B. in Form einer für Patienten sichtbaren Dokumentation der Praxisselbsttests.

In Bezug auf den Qualitätsbereich des Zugangs zur Praxis sind vor allem die Wartezeiten auf einen Termin sowie die Wartezeiten in der Praxis für die Patienten von Bedeutung. Bisher nutzen in Deutschland nur wenige Praxen die Möglichkeit von Onlineterminvereinbarungen bzw. von Onlineinformationen über aktuelle (Termin-)Wartezeiten. Durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz wurden die KVen dazu verpflichtet, Terminservicestellen einzurichten. Mit ihnen sollen extreme Terminwartezeiten bei Fachärzten in dringenden Fällen vermieden werden. Auch wenn aufgrund dieser Vorgaben nur vergleichsweise überschaubare Patientengruppen die Terminservicestellen in Anspruch nehmen (können), so ließen sich doch aus ihren Vermittlungsaktivitäten Informationen über regionale und arztgruppenbezogene Unterschiede bei den Terminwartezeiten gewinnen und damit auch zur Strukturqualität (Zugang zur ärztlichen Versorgung). Während eine Nutzung dieser Erfahrungswerte z. B. für Zwecke der Bedarfsplanung naheliegt, fehlt es bislang an einem Konzept, wie die bei den Terminservicestellen anfallenden Informationen so aufbereitet und zugänglich gemacht werden können, dass sie für Patienten bei der Arztsuche verwendbar sind.

127 Vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung 2016a.

128 So gab es im Jahr 2015 insgesamt lediglich 125 Widerrufe wegen negativer Prüfergebnisse (vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung 2016a).

129 Vgl. [http://www.hygiene-medizinprodukte.de/fileadmin/user\\_upload/dokumente/Mustervorlage\\_Hygieneplan/CoC\\_Mustervorlage\\_Hygieneplan\\_Arztpraxis\\_pdf.pdf](http://www.hygiene-medizinprodukte.de/fileadmin/user_upload/dokumente/Mustervorlage_Hygieneplan/CoC_Mustervorlage_Hygieneplan_Arztpraxis_pdf.pdf) (Download 01.12.2017).

130 Vgl. [http://www.hygiene-medizinprodukte.de/fileadmin/user\\_upload/dokumente/Status\\_quo\\_in\\_der\\_Arztpraxis/Hygiene\\_und\\_MP\\_-\\_Feststellung\\_des\\_Status\\_quo\\_in\\_der\\_Arztpraxis\\_Version\\_2017.pdf](http://www.hygiene-medizinprodukte.de/fileadmin/user_upload/dokumente/Status_quo_in_der_Arztpraxis/Hygiene_und_MP_-_Feststellung_des_Status_quo_in_der_Arztpraxis_Version_2017.pdf) (Download 01.12.2017).

131 Vgl. <http://www.kbv.de/html/6484.php> (Download 01.12.2017).

## Prozessqualität

Gemessen an den Präferenzen der befragten Teilnehmer der Vorstudie sind vor allem die Kommunikation und Behandlungsgestaltung, danach auch das Leistungs- bzw. Verordnungsverhalten Bereiche der Prozessqualität mit hoher Relevanz.

Hinsichtlich des Leistungsverhaltens sind den Patienten Informationen zum Verordnungsverhalten in Bezug auf Heil- und Hilfsmittel relativ wichtig. Dieses ließe sich prinzipiell anhand der umfangreichen Honorarabrechnungsdaten darstellen. Ähnlich wie Unterschiede der Leistungsspektren als ein wesentlicher Aspekt der Strukturqualität könnten auf dieser detaillierten Datengrundlage Unterschiede der Verordnungshäufigkeiten bei Heil- und Hilfsmitteln aufwandsarm und umfassend für alle Vertragsärzte abgebildet werden. Das Ziel, hierdurch zu einer größeren Transparenz von Prozessqualität beizutragen, stößt allerdings auf zwei wesentliche Hürden. Für eine aussagekräftige Darstellung auf Einzelpraxisebene müssten Unterschiede der Patientenstruktur berücksichtigt werden (Risikoadjustierung), andernfalls wäre eine Darstellung von Unterschieden der Verordnungshäufigkeit nur auf höher aggregierter Ebene (z. B. Region) sinnvoll. Weiterhin müsste auch der Einfluss der Krankenkassen auf Unterschiede der Verordnungshäufigkeiten berücksichtigt werden. Im Bereich dieser Leistungen ist im Einzelfall oft die Frage relevant, inwieweit die verordneten Leistungen von den gesetzlichen Krankenkassen bewilligt bzw. abgelehnt werden. Hierzu zeigt sich in einer aktuellen Studie ein in Bezug auf die Krankenkassen sehr heterogenes Bild.<sup>132</sup>

Hinsichtlich des für die Patienten bedeutsamen Qualitätsbereichs der Kommunikation und Behandlungsgestaltung lässt sich als wesentlicher Ansatzpunkt die systematische Erhebung von Patientenerfahrungen in Zusammenhang mit ärztlichen Leistungen (Patient-Reported Experience Measure, PREM) aufgreifen. Im stationären Sektor werden in Deutschland Patientenbefragungen im Rahmen von Qualitätssicherungsmaßnahmen bereits vereinzelt eingesetzt. Im internationalen Vergleich wird ein Rückstand bei systematischen Patientenbefragungen sowie bei der Veröffentlichung von Qualifikationsinformationen zu einzelnen Klinikärzten konstatiert.<sup>133</sup>

Patientenbefragungen werden als integraler Bestandteil von Qualitätssicherungsverfahren in der GKV derzeit entwickelt. Sie sollen zukünftig für die Entwicklung von QS-Verfahren – als dritter Baustein neben Sozialdaten der Krankenkassen und Dokumentationen durch Praxen und Krankenhäuser – eine zentrale Rolle spielen. Dabei soll nicht der Faktor „Zufriedenheit“ im Vordergrund stehen, sondern es sollten bestimmte Gegebenheiten und Erlebnisse von Patienten, mit denen qualitätsrelevante Merkmale abgebildet werden können („faktenorientierte Befragungsansätze“).<sup>134</sup> Im ambulanten Sektor existierte für Praxisinhaber bislang keine verbindliche Verpflichtung, Patientenbefragungen durchzuführen (vgl. Fußnote 100). Dies ändert sich, insoweit Arztpraxen Leistungen erbringen, die einem (sektorenübergreifenden) QS-Verfahren unterliegen, und insoweit hierfür Patientenbefragungen zukünftig vorgesehen sein werden.

132 Vgl. Sander et al. 2017.

133 Vgl. Emmert, Becker & Sander 2017.

134 Vgl. <https://iqtig.org/datenerfassung/patientenbefragungen/allgemeine-informationen/> (Download 20.02.2018) sowie IQTIG 2017, S. 60 ff. Derzeit werden vom IQTIG im Auftrag des G-BA Fragebögen für Patientenbefragungen lediglich im sektorenübergreifenden QS-Verfahren PCI sowie für das noch in der Entwicklung befindliche QS-Verfahren Schizophrenie erprobt. Insgesamt führt das IQTIG 26 QS-Verfahren durch, davon zwei sektorenübergreifend. Vgl. <https://www.iqtig.org/qs-verfahren/entwicklung/> (Download 20.02.2018).

Bereits genutzt werden Ansätze einer systematischen Erhebung von Patientenerfahrungen mit PREM-Instrumenten in Deutschland für den ambulanten Sektor nur vereinzelt, so etwa im Zusammenhang mit der Weissen Liste (siehe auch Abschnitt 5.2). Es besteht somit Potenzial, die Erhebung von Patientenerfahrungen zur Darstellung von Prozessqualität auszuweiten und hierfür den umfassenden Zugang zu Arztpraxen im Rahmen des KV-Systems zu nutzen. Mit dem „Fragebogen zur Zufriedenheit in der ambulanten Versorgung – Qualität aus Patientenperspektive“ (ZAP/eZAP) der KBV sowie der zugehörigen Online-anwendung innerhalb des SNK-Netzes der KVen (vgl. Abschnitt 5.1) sind bereits prinzipiell geeignete Strukturen für eine flächendeckende Implementierung einer systematischen Patientenbefragung, einer zentralisierten, elektronischen Erfassung des Rücklaufs sowie einer patientenorientierten Verwendung der Ergebnisse vorhanden. Diese Strukturen könnten auch für auf PREM- / PROM basierende Patientenbefragungen genutzt werden.

### Ergebnisqualität

Im Zusammenhang mit der Ergebnisqualität sind „objektive“ Informationen zum Behandlungserfolg für die befragten Teilnehmer der Vorstudie von überdurchschnittlicher Relevanz, Angaben zur Patientenzufriedenheit gewichten sie jedoch noch deutlich höher. Auch auf den Public-Reporting-Portalen in den untersuchten Ländern finden sich hierzu mehrheitlich Angaben. Im Hinblick auf „objektive“ Daten über den Behandlungserfolg finden sich dagegen deutlich seltener Informationsangebote.

Für die Darstellung von Patientenzufriedenheit als Qualitätsmerkmal bilden die diversen Arztbewertungsportale einen ersten Anknüpfungspunkt in Deutschland. Unter ihnen befinden sich solche, die hinsichtlich des Umfangs an Informationen ähnlich weit entwickelt sind wie die entsprechenden Portale in den betrachteten Ländern, während andere neben der Patientenbewertung nur die grundlegenden Praxisstrukturmerkmale veröffentlichen. Allerdings ist die Repräsentativität der Daten aufgrund (bislang) relativ geringer Bewertungszahlen häufig unzureichend.

Aus methodischen Gesichtspunkten wäre zu prüfen, inwieweit die Verwendung von systematisierten Instrumenten der patientenseitigen Erhebung von Ergebnissen zum Behandlungserfolg („Patient-Reported Outcome Measures“, PROM) im ambulanten Bereich zielführend umsetzbar ist. Im Zusammenhang mit PROM-Instrumenten werden oft eine Verbesserung des Gesundheitszustandes, eine Verkürzung der Krankheitsdauer, eine Verlängerung der Lebensdauer, eine Verringerung der Nebenwirkungen sowie die (gesundheitsbezogene) Lebensqualität als Indikatoren verwendet, die auch im Rahmen der Kosten-Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln zur Bestimmung des Patientennutzens herangezogen werden sollen (§ 35b Abs. 1 SGB V). Die Verwendung von PROM-Instrumenten zur Erfassung der Ergebnisqualität konzentriert sich bislang auf den klinischen Bereich, die Medizintechnik sowie die Arzneimittelversorgung. So werden PROMs oft im Zusammenhang mit klinischen Studien sowie mit sogenannten „Health Technology Assessments“ (HTA), also Folgenabschätzungen im Bereich der Medizintechnik, angewandt.<sup>135</sup>

Ein Einsatz von PROMs auch für die Messung, Darstellung und den Vergleich der Qualität von Behandlungsergebnissen in der ambulanten Versorgung, insbesondere auf Ebene einzelner Ärzte bzw. Arztpraxen, stieße auf gewisse Grenzen. Während die bisherigen Anwendungsgebiete von PROMs durch relativ strukturierte, gut kontrollierbare Behandlungsprozesse gekennzeichnet sind, bei denen die Einschätzung eines Patienten verhältnismäßig

<sup>135</sup> Vgl. Brettschneider, Lühmann & Raspe 2011.

genau einer bestimmten Maßnahme zugeordnet werden kann, sind die besonders qualitätsrelevanten Bereiche der ambulanten ärztlichen Versorgung die chronischen Krankheiten oder die Multimorbidität älterer Patienten.<sup>136</sup> Eine gezielte Zuordnung von PROs zu einzelnen Ärzten bzw. Einrichtungen ist in solchen Fällen nur begrenzt oder teilweise gar nicht möglich.

Objektive Angaben zum Behandlungserfolg für die Darstellung von Ergebnisqualität sollten sich aus Sicht der befragten Patienten vor allem darauf beziehen, ob Kontrollwerte für chronisch kranke Patienten erreicht bzw. eingehalten werden. Als Ansatzpunkte für ein Public Reporting zu diesem Qualitätsaspekt eignen sich Qualitätsindikatoren, die bereits gegenwärtig im Rahmen von strukturierten Behandlungsprogrammen zum Einsatz kommen. In solchen Programmen werden u. a. explizite Qualitätsziele vereinbart und es können anhand von Erreichungsgraden bei Zielwerten bzw. Durchschnittswerten krankheitsspezifische Indikatoren (z. B. Blutzuckerwert bei Diabetes) gemessen werden, wobei bestimmte Dokumentationsvorgaben zu beachten sind. Darüber hinaus sind bereits in begleitenden Qualitätssicherungsmaßnahmen Feedbacksysteme für die Ärzte implementiert. Seitens der KVen liegen vereinzelt Qualitätsberichte vor, welche die Versorgungsqualität im Rahmen der Disease-Management-Programme dokumentieren.<sup>137</sup>

In Bezug auf solche strukturierten Behandlungsprogramme lassen sich zum einen die Vergleichbarkeit der Behandlungsergebnisse (hinsichtlich unterschiedlicher Risikostrukturen der Patienten der einzelnen Ärzte) und zum anderen die Zuschreibbarkeit der Ergebnisse zu den Behandlungsleistungen der Ärzte vermutlich ausreichend gewährleisten. Aufgrund der Fokussierung auf spezifische Krankheiten dürfte die Patientenstruktur im Vergleich zwischen den Ärzten vergleichsweise homogen ausfallen und ein hoher Grad an Strukturierung der Behandlungsprozesse bewirkt, dass der Einfluss weiterer, nicht kontrollierter Faktoren auf den Behandlungserfolg eingeschränkt wird. Insoweit eine ausreichend eindeutige Zuordnung auf Einrichtungsebene auf Schwierigkeiten stößt, wäre in einem ersten Schritt eine Darstellung von Indikatorwerten zur Ergebnisqualität auf einer höher aggregierten Ebene (z. B. Kreisregionen) eine Alternative, um Qualitätstransparenz zu erhöhen.

### 6.3 Fazit

Die im Rahmen der Länderanalyse betrachteten Informationsangebote zur Qualität der ambulanten Versorgung in Arztpraxen gestalten sich zwar heterogen, zeigen aber eine Reihe ähnlicher Schwerpunkte. Hieraus lassen sich einige Referenzmaßstäbe für Maßnahmen ableiten, um die Qualitätstransparenz in der ambulanten Versorgung in Deutschland zu erhöhen.

Dazu zählen hinsichtlich der Strukturqualität Informationen über die Möglichkeiten des Zugangs zur ambulanten Versorgung, die über Kontakt- und Lagedaten hinausgehen, nämlich Informationsangebote über Tätigkeitsschwerpunkte und Leistungsspektren der Arztpraxen sowie über (Termin-)Wartezeiten.

- Angesichts einer zunehmenden Spezialisierung von Ärzten, auch und gerade innerhalb derselben Fachgruppe, ermöglicht eine größere Transparenz über das Leistungsprofil

<sup>136</sup> Vgl. Schrappe 2015, S. 76 f.

<sup>137</sup> Vgl. z. B. Groos et al. 2017.

eine bessere Orientierung bei der Wahl einer Arztpraxis (z. B. in Bezug auf das Angebot spezifischer Untersuchungsmethoden oder Therapierichtungen, aber auch auf das Angebot von Hausbesuchen). Die vertragsärztlichen Abrechnungsdaten bieten hier eine umfassende Grundlage, auf der sich – ohne zusätzlichen Erhebungsaufwand – patienten- bzw. arztwahlrelevante Unterschiede im Leistungsangebot wesentlich detaillierter abbilden lassen.

- Vergleichbare Informationen zu Unterschieden der (Termin-)Wartezeiten zwischen den Arztpraxen stehen Patienten derzeit nur sehr eingeschränkt zur Verfügung, auch da bislang noch relativ wenige Praxen Onlineterminmanagementsysteme nutzen. Kurzfristig erscheint es daher sinnvoll, die bei den Terminservicestellen anfallenden Informationen nutzbar zu machen, um zumindest größere regionale und arztgruppenbezogene Unterschiede der Terminwartezeiten transparent zu machen, zumal geplant ist, den Wirkungsbereich dieser Stellen auch auf haus- und kinderärztliche Praxen auszuweiten.

Neben diesen Aspekten sind für viele Patienten auch die Praxisausstattung sowie Hygienestandards für die Arztwahl relevante Kriterien. Hierzu finden sich in den betrachteten Ländern relativ wenig Informationsangebote. In der vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland unterstützen die KVen / KBV die Arztpraxen beim Hygienemanagement, u. a. durch ein Erhebungstool. Das Informationsangebot zur Strukturqualität könnte daher erweitert werden, wenn Arztpraxen diese hygiesichernden Maßnahmen gegenüber den Patienten sichtbar dokumentierten.

Hinsichtlich der aus Patientensicht besonders relevanten Aspekte der Prozessqualität ergeben sich aus der Länderanalyse öffentlicher Informationsangebote nur vereinzelte Praxisbeispiele. Insbesondere Informationen über das Verordnungsverhalten (Arznei-, Heil- und Hilfsmittel) können Patienten wegen wesentlicher weiterer Einflussfaktoren (Patientenstruktur, Kostenträger, weitere Beteiligte am Behandlungsprozess) kaum sinnvoll für ihre Wahlentscheidungen nutzen. Ausbaufähig sind hingegen Informationen über die ärztliche Kommunikations- und Behandlungsgestaltung, die systematisch aus der Erhebung von Patientenerfahrungen gewonnen werden. Zwar sollen Patientenbefragungen zukünftig in der (sektorenübergreifenden) Qualitätssicherung wesentlich dazu beitragen, die Versorgungsqualität anhand bestimmter Patientenerlebnisse abzubilden, aber die Umsetzung befindet sich noch in der Erprobungsphase und umfasst bislang nur wenige spezifische Versorgungsbereiche.

In Bezug auf die Darstellung von Ergebnisqualität ambulanter Versorgung ergeben sich aus den Länderanalysen im Wesentlichen zwei Ansatzpunkte für eine Weiterentwicklung. Erstens gibt es eine Reihe etablierter Indikatoren, insbesondere Zielparameter aus strukturierten Behandlungsprogrammen für chronische Erkrankungen. Meist handelt es sich dabei um Surrogatparameter (z. B. Blutzuckerwerte), während endpunktbezogene Parameter wie Mortalität wegen der hohen methodischen Anforderungen (Risikoadjustierung, Zurechenbarkeit) deutlich seltener herangezogen werden. Darüber hinaus werden relativ häufig Zielgrößen für die Bereiche Früherkennung und Vorsorge erfasst (z. B. Impf- / Screeningraten). Zweitens sind Angaben zur Patientenzufriedenheit häufig Bestandteil der Darstellung von Ergebnisqualität, allerdings gelten aus methodischer Sicht faktenorientierte Ansätze, wie sie im Rahmen der PREM und PROM verfolgt werden, als höherwertig.

Für eine weitergehende Darstellung von Ergebnisqualität in der vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland bieten die strukturierten Behandlungsprogramme gemäß § 137f SGB V einen geeigneten Ansatzpunkt, zumal die Qualitätszielerreichung für ausgewählte Bereiche

auf aggregierter Ebene bereits heute in den Qualitätsberichten der KBV und einiger KVen dargestellt wird. Für Patienten hilfreich wäre eine Darstellung dieser Qualitätszielerreichung zunächst auch auf tieferer regionaler Ebene und – insoweit die methodischen Voraussetzungen der Vergleichbarkeit (Zurechenbarkeit, Homogenität von Patientenstruktur und Prozessstandards) erfüllt sind – bis hin zur Einrichtungsebene.

Hinsichtlich faktenorientierter Befragungsansätze (PREM/PROM) zur Erfassung nicht nur von Ergebnis-, sondern auch von Prozess- und Strukturqualität, ist erst längerfristig damit zu rechnen, dass diese im Rahmen der gesetzlichen QS-Verfahren eingesetzt werden. Das von der KBV angebotene Befragungskonzept (eZAP) fokussiert im Unterschied zu dem vom IQTIG gewählten Ansatz auf Patientenzufriedenheit (mit Ausnahme der Fragen zur Partizipation) und zielt auf das praxisinterne Qualitätsmanagement. Die KBV bzw. das KV-System verfügt mit dem sicheren Netz für Datenübermittlung (SNK) und dem angebotenen Erhebungsinstrument über geeignete Ansatzpunkte, um selbst die Nutzung von PREM- / PROM-basierten Ansätzen der Erfassung und Abbildung von Qualität – parallel zu den Entwicklungsarbeiten des G-BA bzw. des IQTIG – voranzubringen und nicht nur praxisintern, sondern auch für Public-Reporting-Zwecke zu verwenden. Darüber hinaus sollten auch die Weiterentwicklung und der Einsatz von PREMs/PROMs zur Erhöhung der Qualitätstransparenz in der ambulanten Versorgung durch Akteure außerhalb der GKV-Selbstverwaltung gefördert werden (z. B. im Rahmen der Versorgungsforschung).

# 7 Anhang

## 7.1 Übersicht einbezogener Portale

TABELLE 35: Alle einbezogenen Public-Reporting-Portale nach Ländern

Portalname	Internetlink
USA	
Medicare Physician Compare	<a href="https://data.medicare.gov/data/physician-compare">https://data.medicare.gov/data/physician-compare</a>
Medicare Fee-For Service Provider Utilization & Payment Data	<a href="https://data.cms.gov/utilization-and-payment-explorer">https://data.cms.gov/utilization-and-payment-explorer</a>
Open Payment Data (OPD)	<a href="https://openpaymentsdata.cms.gov/search/physicians">https://openpaymentsdata.cms.gov/search/physicians</a>
AMA-doctorfinder	<a href="https://apps.ama-assn.org/doctorfinder/home.jsp">https://apps.ama-assn.org/doctorfinder/home.jsp</a>
healthgrades	<a href="http://www.healthgrades.com">www.healthgrades.com</a>
RateMDs	<a href="https://www.ratemds.com">https://www.ratemds.com</a>
Vitals	<a href="http://www.vitals.com/">http://www.vitals.com/</a>
Zocdoc	<a href="https://www.zocdoc.com/">https://www.zocdoc.com/</a>
caredash	<a href="http://www.caredash.com">www.caredash.com</a>
Dialysis facility compare (DFC)	<a href="https://data.medicare.gov/Dialysis-Facility-Compare/Dialysis-Facility-Compare-Listing-by-Facility/23ew-n7w9">https://data.medicare.gov/Dialysis-Facility-Compare/Dialysis-Facility-Compare-Listing-by-Facility/23ew-n7w9</a>
NPPES-NPI Registry	<a href="https://npiregistry.cms.hhs.gov/registry/provider-view/1427439363">https://npiregistry.cms.hhs.gov/registry/provider-view/1427439363</a>
Outpatient Prospective Payment System (OPPS)	<a href="https://data.cms.gov/Medicare-Outpatient/Outpatient-Prospective-Payment-System-OPPS-Provide/sq7j-n2ta#column-menu">https://data.cms.gov/Medicare-Outpatient/Outpatient-Prospective-Payment-System-OPPS-Provide/sq7j-n2ta#column-menu</a>
U.S. News & World report Health	<a href="http://health.usnews.com/doctors">http://health.usnews.com/doctors</a>
Yelp	<a href="https://www.yelp.com">https://www.yelp.com</a>
WebMD	<a href="http://doctor.webmd.com/">http://doctor.webmd.com/</a>
Google Reviews	<a href="http://www.google.com">www.google.com</a>
DrSocial	<a href="http://drsocal.org/">http://drsocal.org/</a>
healthgrove	<a href="http://doctors.healthgrove.com/">http://doctors.healthgrove.com/</a>
Castle Connolly	<a href="http://castleconnolly.com/">http://castleconnolly.com/</a>
England	
NHS Choices	<a href="http://www.nhs.uk">http://www.nhs.uk</a>
Care Quality Commission (CQC)	<a href="http://www.cqc.org.uk/">http://www.cqc.org.uk/</a>
Quality and Outcomes Framework	<a href="http://qof.digital.nhs.uk/search/">http://qof.digital.nhs.uk/search/</a>
iWantGreatCare	<a href="https://www.iwantgreatcare.org/">https://www.iwantgreatcare.org/</a>
RateMDs	<a href="https://www.ratemds.com/best-doctors/eng/">https://www.ratemds.com/best-doctors/eng/</a>
GP Patient Survey	<a href="https://gp-patient.co.uk/surveys-and-reports">https://gp-patient.co.uk/surveys-and-reports</a>
Doctify	<a href="https://www.doctify.co.uk/">https://www.doctify.co.uk/</a>
Private healthcare UK	<a href="http://www.privatehealth.co.uk/doctors-and-health-professionals/">http://www.privatehealth.co.uk/doctors-and-health-professionals/</a>

Portalname	Internetlink
Independent Doctors Federation	<a href="https://www.idf.uk.net/find-a-doctor.aspx">https://www.idf.uk.net/find-a-doctor.aspx</a>
Google Reviews	<a href="http://www.google.com">www.google.com</a>
<b>Niederlande</b>	
Zorgkaart	<a href="https://www.zorgkaartnederland.nl/">https://www.zorgkaartnederland.nl/</a>
Independer	<a href="https://www.independer.nl/huisarts/intro.aspx">https://www.independer.nl/huisarts/intro.aspx</a>
ikzoekeenhuisarts	<a href="http://www.ikzoekeenhuisarts.nl">http://www.ikzoekeenhuisarts.nl</a>
kiesuwhuisarts	<a href="https://www.kiesuwhuisarts.nl/">https://www.kiesuwhuisarts.nl/</a>
Zorgvinder	<a href="https://zorgvinder.cz.nl/">https://zorgvinder.cz.nl/</a>
Menzis	<a href="https://www.menzis.nl/zorgvinder/">https://www.menzis.nl/zorgvinder/</a>
<b>Dänemark</b>	
sundhed.dk	<a href="https://www.sundhed.dk/">https://www.sundhed.dk/</a>
esundhed & mitsygehusvalg	<a href="http://www.esundhed.dk">http://www.esundhed.dk</a> und <a href="https://mitsygehusvalg.dk">https://mitsygehusvalg.dk</a>
DAMD & Datafangst	<a href="https://www.dak-e.dk">https://www.dak-e.dk</a> , <a href="https://www.dak-e.dk/praksis/datafangst.php">https://www.dak-e.dk/praksis/datafangst.php</a>
DANPEP	<a href="http://demo.dak-it.dk/">http://demo.dak-it.dk/</a>
Tilsynslisten	<a href="https://www.dak-e.dk/praksis/danpep.php">https://www.dak-e.dk/praksis/danpep.php</a>
Quelle: IGES	

## 7.2 Abbildung von Qualitätsmerkmalen auf Public-Reporting-Portalen (länderübergreifend)

TABELLE 36: **Abbildung von Qualitätsmerkmalen auf Public-Reporting-Portalen (länderübergreifend)**

Qualitätsmerkmal	Anteil der Portale mit veröffentlichten Daten an allen Portalen
<b>Strukturqualität</b>	
<b>Eigenschaften der Arztpraxis</b>	
Lage	90%
Anfahrt / Karte	78%
Kontakt / Telefonnummer	75%
Sonstiges (Zulassungsnummer, Art der akzeptierten Krankenversicherung)	55%
Terminvergabe	50%
Wartezeiten in der Praxis	35%
spezielles Leistungsangebot	33%
Öffnungszeiten	28%
Praxisgestaltung (Ambiente / Entertainment)	18%
Barrierefreiheit	13%
Sauberkeit und Hygiene	13%
(moderne) Geräteausstattung	5%
<b>Fachkompetenz des (ärztlichen) Personals und Leistungsangebot</b>	
Facharztbezeichnung	83%
Schwerpunkte	48%
Sonstiges (Fremdsprachenkenntnisse, Auftreten von Disziplinarverfahren)	48%
Berufs- / Behandlungserfahrung (seit wann zugelassen etc.)	45%
Leistungsangebot	45%



Qualitätsmerkmal	Anteil der Portale mit veröffentlichten Daten an allen Portalen
Fortbildungen/Qualifikationen	43%
besondere Leistungen	38%
Reputation des Arztes (Lebenslauf des Arztes etc.)	30%
Zusatzqualifikationen	20%
<b>Weitere Aspekte der Strukturqualität</b>	
Patientenstruktur	38%
digitale Angebote (Videosprechstunde, Onlineterminvereinbarung etc.)	19%
Unabhängigkeit des Arztes (Verzicht auf Anwendungsbeobachtung etc.)	14%
<b>Prozessqualität</b>	
Leistungsverhalten des Arztes (Verordnungsverhalten etc.)	10%
Kooperationen und Überweisungen (Koordination)	25%
<b>Kommunikation und Behandlungsgestaltung</b>	
Sonstiges (Kommunikation in Fremdsprachen etc.)	40%
Einschätzungen zur Freundlichkeit des Personals	38%
Empathie und Wertschätzung des Arztes	35%
verständliche Aufklärung und Beratung	28%
weiterführende Hinweise auf verlässliche Information und Beratung	28%
Vermittlung von Diagnosen	25%
Einbeziehung in Entscheidungen	18%
Wahrung der Intimsphäre	15%
transparente Kostenkommunikation	15%
Unterstützung/Angebot Zweitmeinung	10%
Einsicht in Patientenunterlagen	5%
<b>Ergebnisqualität</b>	
<b>Behandlungserfolg</b>	
Patientenzufriedenheit	53%
Weiterempfehlungen durch andere Patienten	53%
Objektive Daten zur Ergebnisqualität der Einrichtung	23%
Sonstiges (Auszeichnungen für Behandlungserfolg etc.)	23%
Hinweise auf Über-/Unterversorgung	20%
Anmerkungen: Anteil der Portale bezogen auf durchschnittliche Anteile über die Länder USA, England, Niederlande und Dänemark. Quelle: IGES auf Basis operationalisierter Patientenpräferenzen (Bertelsmann Stiftung)	

### 7.3 Verdichtung der Qualitätsmerkmale

TABELLE 37: Verdichtung von Qualitätsmerkmalen zu Qualitätsbereichen und Patientenpräferenzen gemäß Vorstudie

Qualitätsmerkmal	Qualitätsbereich	Frage-Nr. gem. Vorstudie
<b>Strukturqualität</b>		
Lage	Zugang zur Arztpraxis	01
Anfahrt / Karte		-
Kontakt / Telefonnummer		-
Sonstiges (Zulassungsnummer, Art der akzeptierten Krankenversicherung)		-
Terminvergabe		05
Wartezeiten in der Praxis		06
Öffnungszeiten		-
Barrierefreiheit		-
digitale Angebote (Videosprechstunde, Onlineterminvereinbarung etc.)		16, 17, 18
Praxisgestaltung (Ambiente / Entertainment)	Praxisausstattung	04, 08
Sauberkeit und Hygiene		07
(moderne) Geräteausstattung		03
Facharztbezeichnung	Fachkompetenz des (ärztlichen) Personals	30
Sonstiges (Fremdsprachenkenntnisse, Auftreten von Disziplinarverfahren)		20, 44
Berufs- / Behandlungserfahrung (seit wann zugelassen etc.)		21, 35
Fortbildungen / Qualifikationen		34
Reputation des Arztes (Lebenslauf des Arztes etc.)		19
Zusatzqualifikationen		31
Unabhängigkeit des Arztes (Verzicht auf Anwendungsbeobachtung etc.)		49, 50, 51, 52
Schwerpunkte	Leistungsspektrum / Tätigkeitsschwerpunkte	-
Spezielles Leistungsangebot		-
Leistungsangebot		02, 32, 33
besondere Leistungen	-	
Patientenstruktur	Patientenstruktur	13, 14, 15
Prozessqualität		
Leistungsverhalten des Arztes (Verordnungsverhalten etc.)	Leistungsverhalten des Arztes (Verordnungen etc.)	22, 23, 24, 25
Kooperationen und Überweisungen (Koordination)	Kooperationen und Überweisungen (Koordination)	12, 26
Sonstiges (Kommunikation in Fremdsprachen etc.)	Kommunikation und Behandlungsgestaltung	43
Einschätzungen zur Freundlichkeit des Personals		47
Empathie und Wertschätzung des Arztes		38, 48
verständliche Aufklärung und Beratung		36
weiterführende Hinweise auf verlässliche Information und Beratung		37
Vermittlung von Diagnosen		42
Einbeziehung in Entscheidungen		39
Wahrung der Intimsphäre		09
transparente Kostenkommunikation		45
Unterstützung / Angebot Zweitmeinung		40
Einsicht in Patientenunterlagen	11	
<b>Ergebnisqualität</b>		
Patientenzufriedenheit	Patientenzufriedenheit	-
Weiterempfehlungen durch andere Patienten		27
Objektive Daten zur Ergebnisqualität der Einrichtung	objektiver Behandlungserfolg	28, 29
Sonstiges (Auszeichnungen für Behandlungserfolg etc.)		-
Hinweise auf Über- / Unterversorgung		-

Quelle: IGES auf Basis operationalisierter Patientenpräferenzen (Bertelsmann Stiftung)

## 8 Literatur

- Bardach NS, Hibbard JH, Greaves F & Dudley RA (2015): Sources of Traffic and Visitors' Preferences Regarding Online Public Reports of Quality: Web Analytics and Online Survey Results. *J Med Internet Res.*, Mai 2015.
- Bätzing-Feigenbaum J, Schulz Maike, Schulz Mandy, Hering R, Gisbert Miralles J & Kern W (2015): Entwicklung des Antibiotikaverbrauchs in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung – Update 2013/2014 mit regionalisierten Trendanalysen für den Zeitraum 2008 bis 2014. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi). [https://www.versorgungsatlas.de/fileadmin/ziva\\_docs/65/VA-50b-65-66-Update%20Antibiotikaverordnung-Infoblatt-V1.pdf](https://www.versorgungsatlas.de/fileadmin/ziva_docs/65/VA-50b-65-66-Update%20Antibiotikaverordnung-Infoblatt-V1.pdf) (Download 30.11.2017).
- Brettschneider C, Lühmann D & Raspe H (2011): Der Stellenwert von Patient Reported Outcomes (PRO) im Kontext von Health Technology Assessment (HTA). Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (Hrsg.). Schriftenreihe Health Technology Assessment, Bd. 109.
- Bundesärztekammer & Kassenärztliche Bundesvereinigung (2015): Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ). Woran erkennt man eine gute Arztpraxis? Checkliste für Patientinnen und Patienten. *äzq* Schriftenreihe, Band 43. 4. überarbeitete Auflage, 2015. <http://www.patienten-information.de/mdb/edocs/pdf/schriftenreihe/schriftenreihe43.pdf> (Download 30.11.2017).
- Cacace M, Ettelt S, Brereton L, Pedersen J & Nolte E (2011): How health systems make available information on service providers – Experience in seven countries. RAND Technical Report.
- Campanella P, Vukovic V, Parente P, Sulejmani A, Ricciardi W & Specchia ML (2016): The impact of Public Reporting on clinical outcomes: a systematic review and meta-analysis. *BMC Health Serv Res.*
- Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) (2017): Medicare Fee-For Service Provider Utilization & Payment Data, Physician and Other Supplier Public Use File: A Methodological Overview, Office of Enterprise Data and Analytics, last updated version September 21, 2017. <https://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Statistics-Trends-and-Reports/Medicare-Provider-Charge-Data/Downloads/Medicare-Physician-and-Other-Supplier-PUF-Methodology.pdf> (Download 13.12.2017).
- Damman OC (2010) Public Reporting about Health Care Users' Experiences: The Consumer Quality Index. Thesis. University of Tilburg, 2010.
- Emmert M, Becker S & Sander U (2017): Ein internationaler Vergleich zu Public Reporting über die Qualität von Krankenhäusern: Wo stehen wir und was können wir lernen? *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement* 2017, 22: 206–212.
- Emmert M, Meszmer N (2017): Eine Dekade Arztbewertungsportale in Deutschland: Eine Zwischenbilanz zum aktuellen Entwicklungsstand. *Das Gesundheitswesen* (eFirst). <http://dx.doi.org/10.1055/s-0043-114002> (Download 13.12.2017).
- Gann B, Grant MJ (2013): From NHS choices to the integrated customer service platform. *Health Information and Libraries Journal*, 30(1). Geesink [2013] Increasing importance of patient ratings – A study on the validity and reliability of ZorgkaartNederland.nl, June 2013.

- Gerlinger T, Küpper B (2015): Bedarfsplanung und Planungsrichtwerte in der ambulanten Versorgung – eine Analyse von Regelungen in ausgewählten europäischen Gesundheitssystemen, März 2015.
- Grol R (2006): Quality development in health care in the Netherlands. The Commonwealth Fund, März 2006.
- Groos S, Kretschmann J, Macare C, Weber A & Hagen B (2017): Qualitätssicherungsbericht 2015 – Disease-Management-Programme in Westfalen-Lippe. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi). [https://www.kvwl.de/arzt/qsqm/genehmigung/antrag/dmp\\_berichte\\_pdf/dmp\\_qs\\_bericht\\_2015.pdf](https://www.kvwl.de/arzt/qsqm/genehmigung/antrag/dmp_berichte_pdf/dmp_qs_bericht_2015.pdf) (Download 01.12.2017).
- Hanauer DA, Zheng K, Singer DC (2014): Public Awareness, Perception, and Use of Online Physician Rating Sites; JAMA February 19, 2014, <http://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/1829975> (Download 26.09.2017).
- Hanauer DA, Zheng K & Gebremariam A (2014): Parental Awareness and Use of Online Physician Rating Sites. Pediatrics, Iss. 134. No. 4. <http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/134/4/e966.full.pdf> (Download 26.09.2017).
- Huesch MD, Currid-Halkett E & Doctor JN (2012): Public hospital quality report awareness: evidence from National and Californian Internet searches and social media mentions, British Medical Journal, 2012.
- Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) (2017): Methodische Grundlagen V1.0. Stand: 15. September 2017. Berlin. [https://iqtig.org/downloads/berichte/2017/IQTIG\\_Methodische-Grundlagen-V1.0.pdf](https://iqtig.org/downloads/berichte/2017/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.0.pdf) (Download 03.04.2018).
- Ipsos Mori (2017): National Report – GP Patient Survey. NHS England, Juli 2017.
- James J (2012): Health Policy Brief: Public Reporting on Quality and Costs. Health Affairs, March 8, 2012. [http://healthaffairs.org/healthpolicybriefs/brief\\_pdfs/healthpolicybrief\\_65.pdf](http://healthaffairs.org/healthpolicybriefs/brief_pdfs/healthpolicybrief_65.pdf) (Download 05.10.2017).
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2015): Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Hörgeräteversorgung (Qualitätssicherungsvereinbarung Hörgeräteversorgung) vom 21.03.2012 in der ab dem 01.01.2016 gültigen Fassung. <http://www.kbv.de/media/sp/Hoergeraeterversorgung.pdf> (Download 13.11.2017).
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2016a): Qualitätsbericht – Ausgabe 2016, Berichtsjahr 2015. [http://www.kbv.de/media/sp/KBV\\_Qualitaetsbericht\\_2016.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/KBV_Qualitaetsbericht_2016.pdf) (Download 9.11.2017).
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2016b): Ambulante Versorgungsqualität – eine Standortbestimmung. [http://www.kbv.de/media/sp/2016\\_02\\_22\\_Standortbestimmung\\_ambulante\\_Versorgungsqualitaet\\_t.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/2016_02_22_Standortbestimmung_ambulante_Versorgungsqualitaet_t.pdf) (Download 9.11.2017).
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2017): KBV Versichertenbefragung. [http://www.kbv.de/media/sp/Berichtband\\_KBV\\_Versichertenbefragung\\_2017.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/Berichtband_KBV_Versichertenbefragung_2017.pdf) (Download 30.11.2017).
- Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (2012): Versorgungsindex der KV Bayerns. Vortrag von Dr. Wolfgang Krombholz auf der Fachtagung des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi-Forum) am 16. Oktober 2012.
- Lippert ML, Kousgaard MB & Bjerrum L (2014): General practitioners uses and perceptions of voluntary electronic feedback on treatment outcomes – a qualitative study BMC Family Practice 2014, 15:193 <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/15/193> (Download 30.11.2017).
- Nolte E, Brereton L, Knai C & Roland M (2015): England. In: Assessing chronic disease management in European health systems Country reports. (Ed. Nolte / Knai). European Observatory on Health Systems and Policies (S. 34).
- OECD (2017): Health at a Glance 2017 – OECD Indicators, OECD Publishing, Paris.
- Osborn R, Schoen C (2013): International Health Policy Survey in Eleven Countries. The Commonwealth Fund, November 2013.
- Osborn R, Moulds D, Squires D, Doty MM & Anderson C (2014): International Survey Of Older Adults Finds Shortcomings In Access, Coordination, And Patient-Centered Care. Health Affairs. Iss. 33. No. 12 (2014).

- Rechel B, McKee M, Haas M, Marchildon GP, Bousquet F, Blümel M, Geissler A, van Ginneken E, Ashton T, Saunes IS, Anell A, Quentin W, Saltman R, Culler S, Barnes A, Palm W & Nolte E (2016): Public reporting on quality, waiting times and patient experience in 11 high-income countries. *Health Policy*. Vol 120, Iss 4, April 2016.
- Ryan AM, Nallamotheu BK & Dimick JD (2012): Medicare's Public Reporting Initiative on hospital quality had modest or no impact on mortality from three key conditions. *Health Affairs*, März 2012, Ausgabe 31, Nr. 3.
- Sander M, Albrecht M, Stengel V, Möllenkamp M, Loos S & Igl G (2017): Leistungsbewilligungen und -ablehnungen durch Krankenkassen. Studie für den Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten sowie Bevollmächtigten für Pflege. IGES Institut. [https://www.patientenbeauftragter.de/images/20170623\\_leistung/20170623\\_Studie\\_Leistungsbewilligungen-ablehnungen.pdf](https://www.patientenbeauftragter.de/images/20170623_leistung/20170623_Studie_Leistungsbewilligungen-ablehnungen.pdf) (Download 01.12.2017).
- Schmidt M, Schmidt SAJ, Sandegaard JL, Ehrenstein V, Pedersen L & Sørensen HT (2015): The Danish National Patient Registry: a review of content, data quality, and research potential. *Clin. Epidemiol.* Vol 7. November 2015.
- Schölkopf M, Pressel H (2010): Das Gesundheitswesen im internationalen Vergleich. Berlin.
- Schrapppe M (2015): Qualität 2030. Die umfassende Strategie für das Gesundheitswesen. Berlin.
- Schrapppe M (2017): Das Methodenpapier des IQTIG: keine Kursänderung in Sicht. *Monitor Versorgungsforschung*, 02/2017, S. 41-45.
- Schwenk U, Schmidt-Kaehler S (2016): Public Reporting: Transparenz über Gesundheitsanbieter erhöht Qualität der Versorgung. *Spotlight Gesundheit*. [https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/SpotGes\\_PubRep\\_dt\\_final\\_web.pdf](https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/SpotGes_PubRep_dt_final_web.pdf) (Download 30.01.2018).
- Van den Berg MJ, de Boer D, Gijsen R, Heijink R, Limburg LCM & Zwakhals SLN (2014): *Zorgbalans 2014 – De prestaties van de Nederlandse gezondheidszorg*. Rijksinstituut voor Volksgezondheid.

## 9 Abbildungen und Tabellen

### 9.1 Abbildungen

Abbildung 1: Public-Reporting-Portale im Rahmen der Centers for Medicare and Medicaid Services in den USA	13
Abbildung 2: Public-Reporting-Portale im Rahmen des National Health Service in England	28
Abbildung 3: Staatliches Public-Reporting-System in den Niederlanden	39
Abbildung 4: Staatliches Public-Reporting-System in Dänemark	51

### 9.2 Tabellen

Tabelle 1: Analysierte Qualitätsmerkmale	9
Tabelle 2: Überblick zentrale Public-Reporting-Portale in den USA	16
Tabelle 3: Überblick Qualitätsmerkmale auf zentralen Public-Reporting-Portalen in den USA	17
Tabelle 4: Abbildung von Aspekten mit Bezug zur Arztpraxis auf Public-Reporting-Portalen in den USA	18
Tabelle 5: Abbildung der Fachkompetenz des Personals und des Leistungsverhaltens auf Public-Reporting-Portalen in den USA	19
Tabelle 6: Abbildung von weiteren Aspekten der Strukturqualität auf Public-Reporting-Portalen in den USA	21
Tabelle 7: Abbildung von Aspekten des Leistungs- und Koordinationsverhaltens auf Public-Reporting-Portalen in den USA	22
Tabelle 8: Abbildung von Aspekten der Kommunikation und Behandlungsgestaltung auf Public-Reporting-Portalen in den USA	22
Tabelle 9: Abbildung von Aspekten des Behandlungserfolgs auf Public-Reporting-Portalen in den USA	23
Tabelle 10: Überblick zentrale Public-Reporting-Portale in England	30
Tabelle 11: Überblick Qualitätsmerkmale auf zentralen Public-Reporting-Portalen in England	32
Tabelle 12: Abbildung von Aspekten mit Bezug zur Arztpraxis auf Public-Reporting-Portalen in England	33
Tabelle 13: Abbildung der Fachkompetenz des Personals und des Leistungsangebots auf Public-Reporting-Portalen in England	34
Tabelle 14: Abbildung von weiteren Aspekten der Strukturqualität auf Public-Reporting-Portalen in England	34

Tabelle 15: Abbildung von Aspekten des Leistungs- und Koordinationsverhaltens auf Public-Reporting-Portalen in England	35	Tabelle 32: Abbildung von Aspekten der Kommunikation und Behandlungsgestaltung auf Public-Reporting-Portalen in Dänemark	60
Tabelle 16: Abbildung von Aspekten der Kommunikation und Behandlungsgestaltung auf Public-Reporting-Portalen in England	35	Tabelle 33: Abbildung von Aspekten des Behandlungserfolgs auf Public-Reporting-Portalen in Dänemark	60
Tabelle 17: Abbildung von Aspekten des Behandlungserfolgs auf Public-Reporting-Portalen in England	36	Tabelle 34: Ergebnisse der Länderanalyse nach Qualitätsbereichen (länderübergreifend) und Präferenzen der Patienten in Deutschland	73
Tabelle 18: Überblick zentrale Public-Reporting-Portale in den Niederlanden	42	Tabelle 35: Alle einbezogenen Public-Reporting-Portale nach Ländern	87
Tabelle 19: Überblick Qualitätsmerkmale auf zentralen Public-Reporting-Portalen in den Niederlanden	44	Tabelle 36: Abbildung von Qualitätsmerkmalen auf Public-Reporting-Portalen (länderübergreifend)	88
Tabelle 20: Abbildung von Aspekten mit Bezug zur Arztpraxis auf Public-Reporting-Portalen in den Niederlanden	45	Tabelle 37: Verdichtung von Qualitätsmerkmalen zu Qualitätsbereichen und Patientenpräferenzen gemäß Vorstudie	90
Tabelle 21: Abbildung der Fachkompetenz des Personals und des Leistungsangebots auf Public-Reporting-Portalen in den Niederlanden	45		
Tabelle 22: Abbildung von weiteren Aspekten der Strukturqualität auf Public-Reporting-Portalen in den Niederlanden	46		
Tabelle 23: Abbildung von Aspekten des Leistungs- und Koordinationsverhaltens auf Public-Reporting-Portalen in den Niederlanden	47		
Tabelle 24: Abbildung von Aspekten der Kommunikation und Behandlungsgestaltung auf Public-Reporting-Portalen in den Niederlanden	47		
Tabelle 25: Abbildung von Aspekten des Behandlungserfolgs auf Public-Reporting-Portalen in den Niederlanden	47		
Tabelle 26: Überblick zentrale Public-Reporting-Portale in Dänemark	55		
Tabelle 27: Überblick Qualitätsmerkmale auf zentralen Public-Reporting-Portalen in Dänemark	57		
Tabelle 28: Abbildung von Aspekten mit Bezug zur Arztpraxis auf Public-Reporting-Portalen in Dänemark	58		
Tabelle 29: Abbildung der Fachkompetenz des Personals und des Leistungsangebots auf Public-Reporting-Portalen in Dänemark	58		
Tabelle 30: Abbildung von weiteren Aspekten der Strukturqualität auf Public-Reporting-Portalen in Dänemark	59		
Tabelle 31: Abbildung von Aspekten des Leistungs- und Koordinationsverhaltens auf Public-Reporting-Portalen in Dänemark	60		

# 10 Abkürzungen

a. a. O.	am angegebenen Ort	GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
ACA	Affordable Care Act	GKV-SV	GKV-Spitzenverband
ÄQM-RL	Qualitätsmanagement-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung	GMS	General Medical Services
ÄZQ	Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin	GP	General Practitioner
AMA	American Medical Association	grds.	grundsätzlich
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse	HHS	US-Department of Health and Human Services
AQUA	Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen	HSCIC	Health and Social Care Information Centre
AQUIK	Ambulante Qualitätsindikatoren der KBV	HOS	Medicare Health Outcomes Survey
ASV	Ambulante spezialfachärztliche Versorgung	HTA	Health Technology Assessment
AVD	Arzneiverordnungsdaten	hzV	Hausarztzentrierte Versorgung
BÄK	Bundesärztekammer	i. d. R.	in der Regel
BIP	Bruttoinlandsprodukt	iDF	independent Doctors Federation
BMV-Ä	Bundesmantelvertrag – Ärzte	IGJ/IGZ	Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd/ Inspectie voor de Gezondheidszorg
bzgl.	bezüglich	IKAS	Dänisches Institut für Qualität und Akkreditierung
bzw.	beziehungsweise	inkl.	inklusive
CCGs	Clinical Commissioning Groups	IQTiG	Institut für Qualitätssicherung und Qualität im Gesundheitswesen
CMS	Centers for Medicare and Medicaid Services	KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
CoC	Kompetenzzentrum Hygiene und Medizinprodukte	KHSG	Krankenhausstrukturgesetz
COPD	Chronisch obstruktive Lungenerkrankung	KNOV	Niederländische Organisation der Hebammen
CQC	Care Quality Commission	KV	Kassenärztliche Vereinigung
CQI	Consumer Quality Index	MIPS	Merit-based Incentive Payment System
DAK-E	Dansk Almenmedicinsk Kvalitets-Enhed	MPFS	Medicare Physician Fee Schedule
DAMD	Dänische Allgemeinmedizinische Datenbank	MPIG	Minimum Practice Income Guarantee
DANPEP	Danske Patienter Evaluerer Praksis	MPUPD	Medicare Fee-For Service Provider Utilization & Payment Data
DDKM	Den Danske Kvalitetsmodel	MVZ	Medizinischen Versorgungszentren
DFC	Dialysis Facility Compare	NFU	Netherlands Federation of University Medial Centres
DHD	Dutch Hospital Data	NHS	National Health Service
DICA	Dutch Institute for Clinical Auditing	NIB	UK National Information Board
DMP	Disease Management Programm	NICE	National Institute for Health and Care Excellence
DSAM	Dansk Selskab for Almen Medicin	NIP	Dänisches Nationales Indikatorprojekt
EHR	Medicare Electronic Health Record	NIVEL	Niederländisches Institut für Gesundheitsforschung
eKVIS	Dänischer Verband der Fachärzte		
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss		
gem.	gemäß		
ggf.	gegebenenfalls		



NPCF	Niederländische Patienten- und Verbraucherverbände	ZAP / eZAP	Zufriedenheit in der ambulanten Versorgung – Qualität aus Patientenperspektive
NVN	Niederländische Gesellschaft für Neurologie	z. B.	zum Beispiel
NVZ	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (Dutch Hospital Association)	ZBC	Zelfstandig Behandelcentrum
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit	ZbTK	Zorgbrede Transparantie van Kwaliteit
o.Ä.	oder Ähnliches	Zi	Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland
o. a.	oben angeführt	ZonMw	Niederländische Organisation für Gesundheitsforschung und -entwicklung (Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie)
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung	z. T.	zum Teil
OPD	Open Payment Data	ZVW	Zorgverzekeringswet
OPPS	Outpatient Prospective Payment System		
P4P	Pay for Performance		
P4R	Pay for Reporting		
PCI	Perkutane Koronarintervention		
PIS	Praxis-Informationssysteme		
PQI	Openbare Kwaliteitsgegevens		
PQRS	Physician Quality Reporting System		
PR	Public Reporting		
PREM	Patient-Reported Experience Measures		
PRO	Patient-Reported Outcome		
PROM	Patient-Reported Outcome Measures		
QBA-RL	Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Athroskopie		
QEP	Qualität und Entwicklung in Praxen		
QS	Qualitätssicherung		
Qesü-RL	Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung		
QISA	Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung		
QM-RL	Qualitätsmanagement-Richtlinie des G-BA		
QOF	Quality and Outcomes Framework		
QSD-RL	Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse		
QSR	Qualitätssicherung mit Routinedaten		
QuATRO	Qualität in Arztnetzen – Transparenz mit Routinedaten		
rd.	rund		
ROM	Routine Outcome Monitoring		
RVIM	Nationale Institut für Gesundheitsversorgung und Umwelt der Niederlande		
SBG	Stiftung Benchmark GGZ		
SGB V	Fünftes Sozialgesetzbuch		
SNK	Sicheres Netz der Kassenärztlichen Vereinigungen		
u. a.	unter anderem		
u. U.	unter Umständen		
v. a.	vor allem		
vgl.	vergleiche		
WiDo	Wissenschaftliches Institut der AOK		

## Autoren

---



**Dr. Martin Albrecht**  
Geschäftsführer und  
Bereichsleiter Gesundheitspolitik  
IGES Institut Berlin



**Dr. Richard Ochmann**  
Wissenschaftlicher Mitarbeiter  
im Bereich Gesundheitspolitik  
IGES Institut Berlin



## Impressum

---

© Mai 2018  
Bertelsmann Stiftung

DOI: 10.11586/2018013

Bertelsmann Stiftung  
Carl-Bertelsmann-Straße 256  
33311 Gütersloh  
Telefon +49 5241 81-0  
[www.bertelsmann-stiftung.de](http://www.bertelsmann-stiftung.de)

Verantwortlich  
Uwe Schwenk

Bildnachweis  
Getty Images / iStockphoto / Dean Mitchell,  
IGES

Gestaltung  
Dietlind Ehlers, Bielefeld



## Über die Weisse Liste

Die Weisse Liste ist ein Projekt der Bertelsmann Stiftung, das sich zum Ziel gesetzt hat, Qualitätsunterschiede im deutschen Gesundheitssystem transparent zu machen. Strategische Partner des Projekts und Co-Initiatoren sind die Dachverbände der größten Patienten- und Verbraucherorganisationen. Die Verbände begleiten das Projekt mit Blick auf die Interessen von Patienten und Verbrauchern.

In der Weissen Liste können Bürger nach Krankenhäusern, Haus- und Fachärzten sowie Zahnärzten suchen und diese jeweils miteinander vergleichen. Die Arztsuche wurde von der Weisse Liste, der AOK und der BARMER entwickelt. Weiterer Partner ist die Bertelsmann Betriebskrankenkasse. In der Arztsuche verzeichnet sind alle niedergelassenen Ärzte und Zahnärzte sowie niedergelassene Privatärzte.

Die Weisse Liste bietet mit der Arztsuche eine Orientierungshilfe, die sich unter anderem durch folgende Punkte auszeichnet:

**Aussagekräftige Ergebnisse:** Die in der Arztsuche dargestellten Ergebnisse beruhen auf einer wissenschaftlich entwickelten Befragung. Veröffentlicht werden die Beurteilungen der Versicherten zu einem Arzt erst, wenn mindestens fünf vorliegen. Die Arztsuche ist nicht-kommerziell, kosten- und werbefrei.

**Schutz vor Manipulationen:** An der Befragung können ausschließlich Versicherte der beteiligten Krankenkassen teilnehmen. Durch ein Registrierungsverfahren wird gewährleistet, dass die Teilnehmer einen Arzt nur einmal beurteilen können – so werden Manipulationen wie Mehrfachbeurteilungen verhindert.

**Fairness für Ärzte:** Anspruch der Arztsuche ist es, fair für die darin dargestellten Ärzte zu sein. Unsachgemäße Äußerungen und Diffamierungen werden ausgeschlossen, indem Freitext-Einträge von Versicherten vor Veröffentlichung auf dem Portal redaktionell geprüft werden. Zudem können Ärzte ihre Befragungsergebnisse und Freitext-Einträge von Versicherten kommentieren.

## Adresse | Kontakt

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

Dr. Stefan Etgeton  
Senior Expert  
Programm „Versorgung verbessern –  
Patienten informieren“  
Telefon +49 30 319870 5016  
[stefan.etgeton@bertelsmann-stiftung.de](mailto:stefan.etgeton@bertelsmann-stiftung.de)

Marcel Weigand  
Senior Project Manager  
Weisse Liste gemeinnützige GmbH  
Telefon +49 30 31987050-12  
[marcel.weigand@weisse-liste.de](mailto:marcel.weigand@weisse-liste.de)  
[www.weisse-liste.de](http://www.weisse-liste.de)

[www.bertelsmann-stiftung.de](http://www.bertelsmann-stiftung.de)