



Daten, Analysen, Perspektiven | Nr. 3, 2018

## Public Reporting über Arztpraxen

Open-Data-Politik schafft mehr Transparenz für Patienten

- **Wenig Transparenz:** Deutschland liegt bei Public Reporting über Arztpraxen zurück. Daten sind vorhanden, werden aber nicht veröffentlicht oder zur Nutzung freigegeben
- **Leichtere Arztsuche:** Mehr Orientierung für Patienten wäre ohne zusätzlichen Aufwand sofort möglich, wenn mehr vorhandene Daten zugänglich gemacht würden
- **Public Reporting:** Struktur- und Leistungsdaten aus der Dokumentations- und Abrechnungsroutine sollten für das Public Reporting genutzt werden
- **Open-Data-Politik:** Großbritannien und andere Länder machen vor, wie Transparenzdefizite durch konsequente Politik überwunden werden
- **Patientenbefragungen:** Die Erfahrungen der Patienten mit Ärzten und Behandlungsergebnissen sind als weitere wichtige Informationsquelle systematisch zu nutzen

## Autoren



Dr. Stefan Etgeton  
Senior Expert  
Bertelsmann Stiftung  
stefan.etgeton@  
bertelsmann-stiftung.de



Marcel Weigand  
Senior Project Manager  
Weisse Liste gGmbH  
marcel.weigand@  
weisse-liste.de

**D**as Wissen darüber, dass es Qualitätsunterschiede in der Gesundheitsversorgung gibt, ist mittlerweile auch in Deutschland weit verbreitet. Mehr als die Hälfte der Bevölkerung geht dabei nicht von geringen, sondern eher starken bis sehr starken Unterschieden aus. Das belegen zum Beispiel repräsentative Umfragen von TNS Emnid im Auftrag der Weissen Liste. Die Qualitätsunterschiede jedoch konkret dingfest zu machen, ist insbesondere bei niedergelassenen Ärzten schwierig: Während Krankenhäuser seit mehr als zehn Jahren gesetzlich verpflichtet sind, regelmäßig über ihre Strukturen, Leistungsangebote und Behandlungsergebnisse zu berichten, gibt es für die ambulante Versorgung in Deutschland bislang keine vergleichbaren gesetzlichen Grundlagen.

Was die Transparenz der Versorgungsqualität angeht, hinkt der ambulante Bereich nicht nur dem stationären deutlich hinterher. Auch im internationalen Vergleich ist die Offenlegung von Daten der ambulanten Versorgung in Deutschland nach wie vor unterentwickelt. Vor diesem Hintergrund ist das Berliner IGES Institut im Auftrag der Bertelsmann Stiftung und der Weissen Liste der Frage nachgegangen, wie in anderen Ländern über die Qualität von niedergelassenen Ärzten berichtet wird und welche Daten dafür herangezogen werden.

Die IGES-Studie zum Public Reporting über die Qualität der niedergelassenen Ärzte untersucht zunächst, welche Ansätze zur Erhöhung der Transparenz in anderen Ländern bereits umgesetzt wurden oder was dazu konkret geplant ist. Dänemark, England, die Niederlande und die USA werden unter die Lupe genommen – Länder, die bei der Qualitätstransparenz in der ambulanten Versorgung bereits weiter sind als Deutschland. Die Studie zeigt, welche Ansätze und Strategien sich im Ausland bewährt haben und was davon auch im deutschen Gesundheitssystem realisiert werden könnte. Die wichtigsten Ergebnisse der IGES-Studie und daraus folgende Empfehlungen für die Veröffentlichung von Qualitätsdaten über niedergelassene Ärzte werden in diesem Spotlight Gesundheit vorgestellt.

## Transparenzdefizit in der ambulanten Versorgung

Dass das Public Reporting über die ambulante ärztliche Versorgung in Deutschland unterentwickelt ist, ist weniger ein Problem von Daten als von Transparenzlücken: Viele Informationen sind im System vorhanden, aber für das Public Reporting nicht oder nur eingeschränkt verfügbar. Qualitätssicherung und -transparenz sind im Bereich der niedergelassenen Ärzte nur unzureichend durch Gesetze und Selbstverwaltungsrichtlinien geregelt.

Nur vereinzelt erstellen Praxen auf freiwilliger Basis Qualitätsberichte, deren Aufbau an die Berichte im stationären Bereich angelehnt ist. Vorreiter sind hier Anbieter von Qualitätsmanagementzertifizierungen und Arztnetze. Die Berichte stehen jedoch nicht in maschinenlesbarer Form und nicht flächendeckend zur Verfügung.

Auch die von einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) veröffentlichten Qualitätsinformationen sind als Datensatz für Dritte zur Weiterverarbeitung nicht verfügbar. Das Transparenzdefizit liegt also zunächst einmal daran, dass viele vorhandene Daten entweder unzugänglich sind oder nur auf bestimmten Portalen veröffentlicht werden. Dadurch sind sie dem allgemeinen Public Reporting entzogen.

## Mehr Orientierung für Patienten ist möglich

Public Reporting sollte Patienten umfassend und individuell unterstützen, ihnen insbesondere die Arztsuche erleichtern. Public Reporting-Angebote müssen sich daher am Bedarf der Nutzer orientieren. Bei der Suche nach einem neuen Hausarzt spielen andere Kriterien eine Rolle als bei der Wahl eines Facharztes, etwa einer radiologischen Praxis zur einmaligen Abklärung einer Diagnose. Das Informationsangebot muss daher differenziert und so gestaltet sein, dass die Nutzer die für sie relevanten Informationen leicht finden. Große Datenmengen entsprechend für verschiedene Suchsituationen aufzubereiten, ist heute kein Problem mehr.

### Ländervergleich: Deutschland liegt bei Public Reporting zurück

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

Daten	Deutschland			England		USA	
	prinzipiell vorhanden	öffentlich im Internet	Datensatz verwertbar	öffentlich im Internet	Datensatz verwertbar	öffentlich im Internet	Datensatz verwertbar
Stammdaten	+	+	-	+	+ <sup>2</sup>	+	+
Qualifikation, Schwerpunkte	+	+	-	+	+ <sup>2</sup>	+	+
Abrechnungsdaten	+	-	-	+	+ <sup>2</sup>	+	+
Fallzahlen	+	-	-	+	+ <sup>2</sup>	+	+
Prozessqualität <sup>1</sup>	+	-	-	+	+ <sup>2</sup>	+	+
Ergebnisqualität <sup>1</sup>	+	-	-	+	+ <sup>2</sup>	+	+
Patientenbefragungen	+	+	-	+	+ <sup>2</sup>	+	+

1: Zumindest für einzelne Aspekte bzw. Leistungsbereiche der Behandlung

2: Eine freie Verwertung von Daten ist vereinzelt möglich

Abbildung 1 | Quelle: Eigene Darstellung

### Ländervergleich: Deutschland liegt bei Transparenzpolitik zurück

In Deutschland werden nur Stamm- und Strukturdaten sowie Ergebnisse von Patientenbefragungen ins öffentliche Internet gestellt. Abrechnungs- und Qualitätsdaten der ambulant tätigen Ärzte werden anders als in England oder den USA nicht öffentlich gemacht.

Politikbereich	Deutschland	England	Niederlande	USA
Open-Data-Strategie	-	+	+	+
Zentrale Datenverwaltung	-	+	+	+
Beteiligung von Interessengruppen	+	+ <sup>1</sup>	+	-
Portalpluralität	+	+	+	+

1: Keine Beteiligung von Patientenorganisationen

Abbildung 2 | Quelle: Eigene Darstellung

Fragt man die Bürger, was ihnen bei der Arztwahl besonders wichtig ist, zeigt sich: Die Anforderungen unterscheiden sich stark je nach Intention und aktueller Situation der Patienten. Laut einer aktuellen Umfrage im Auftrag der Weissen Liste sagten 94 Prozent der Befragten, dass ihnen Informationen zu Erfahrung und Fachkenntnissen bei der Suche nach einem Arzt sehr wichtig oder eher wichtig sind. Es folgen Informationen zu Hygienemaßnahmen (90%) und den angebotenen Leistungen in der Praxis (84%). Vier von fünf Befragten wollen Ergebnisse zur Behandlung bestimmter Erkrankungen in Arztsuchen vorfinden.

In qualitativen Befragungen zeigt sich, dass die Aspekte Kommunikation, Kompetenz, Service und Behandlungsqualität von Patienten geschätzt werden: Werde ich als Patient mit meinen Anliegen ernst genommen? Werde ich über meine Erkrankung und Behandlungsmöglichkeiten verständlich informiert? Kann ich darauf vertrauen, dass der Arzt für mein Anliegen genug Erfahrung hat? Bekomme ich zeitnah einen Termin und wie viel Zeit muss ich mitbringen? Wie gut sind die Behandlungsergebnisse? Wurde eine richtige Diagnose gestellt? War die Behandlung erfolgreich? Dass dies wesentliche Anliegen für Patienten-

ten sind, bestätigt unter anderem eine repräsentative Umfrage von TNS Emnid (vgl. Spotlight Gesundheit 3/2017 „Arztbewertungen. Patientenerfahrungen sind für Public Reporting im ambulanten Sektor zentral“).

### Vorhandene Daten sind ohne zusätzlichen Aufwand nutzbar

Aktuell fürchtet mehr als jeder Vierte (27%), sich aus Mangel an Informationen für einen falschen Arzt zu entscheiden. Dabei gibt es schon heute zu vielen der Fragen, die die Patienten interessie-

ren, eine Menge und teilweise auch gute Daten. Es wäre ein Leichtes, diese Daten für das Public Reporting zu nutzen.

So verfügen die KVen im Zuge der Genehmigungen und Quartalsabrechnungen der Ärzte über umfangreiche Daten zur Struktur und zum Leistungsgeschehen aller Arztpraxen. Neben den Stammdaten sind das auch detaillierte Angaben über Leistungshäufigkeiten und Leistungsschwerpunkte. Diese können bei der Facharztsuche für Patienten ebenso interessant sein wie Informationen über spezielle qualitätsgesicherte Leistungen (zum Beispiel Hautkrebsfrüherkennung oder ambu-



PD Dr. Martin Emmert,  
MHMM  
Friedrich-Alexander-  
Universität Erlangen-  
Nürnberg, Lehrstuhl für  
Gesundheitsmanagement  
martin.emmert@fau.de

## „Bei der Transparenz laufen wir hinterher“

### Drei Fragen zu Public Reporting und Patientenbefragungen an den Nürnberger Versorgungsforscher Martin Emmert

#### Wo steht Deutschland beim Public Reporting über niedergelassene Ärzte im Vergleich zu Ländern wie England, USA oder den Niederlanden?

Emmert: Insgesamt läuft Deutschland den Transparenzbemühungen anderer Länder deutlich hinterher. Für Patienten oder interessierte Dritte werden nahezu keine gesicherten Qualitätsinformationen veröffentlicht. Es gibt auch keine bundesweit einheitliche Patientenbefragung, Arztbewertungsportale, über deren Qualität sich streiten lässt, stellen eine der wenigen Informationsquellen für Suchende dar. Diese Portale bieten im besten Fall reine Strukturinformationen und Ergebnisse von Onlinezufriedenheitsbefragungen. Daten zur Prozess- oder Ergebnisqualität gibt es nirgendwo. Auch die reinen Arztsuchmaschinen der regionalen KVen helfen da natürlich nicht weiter.

#### Liegt das Defizit beim Public Reporting an fehlenden Daten oder an mangelhafter Datenqualität?

Emmert: Sicher kann man diese Frage zurzeit nicht beantworten, weil nicht alle vorhandenen Rohdaten zu Forschungs- oder Veröffentlichungszwecken freigegeben werden. Wir wissen nur, dass Daten zu DMPs [Disease-Management-Programme; Anm. d. Verf.], Hausarztmodellen etc. vorhanden sind. Deren Freigabe sollte zu einer Verbesserung führen. Wie sich diese Daten auch für das Public Reporting nutzen lassen, müsste zuvor wissenschaftlich unter-

sucht werden. Dafür fehlt es allerdings bislang an der nötigen Transparenz und Datenoffenheit. In jedem Fall sollten aber die Daten, die die KVen veröffentlichen, auch für andere Public Reporting-Anbieter verfügbar sein, zum Beispiel welcher Arzt besondere qualitätsgesicherte Leistungen erbringen darf.

#### Welche Bedeutung haben Patientenbefragungen für den Qualitätsvergleich und das Public Reporting?

Emmert: Patientenbefragungen sind international inzwischen etabliert, wenn es um die Qualitätseinschätzung von Leistungserbringern geht. Allerdings sollte man Patientenbefragungen differenziert betrachten. Ob rein subjektive Zufriedenheitswerte tatsächlich dazu geeignet sind, die Versorgungsqualität von Leistungserbringern zu messen und Qualitätsunterschiede aufzuzeigen, ist noch nicht vollends untersucht; insbesondere für Onlinebefragungen. Besser sind da sicher fakten- oder ereignisorientierte Fragestellungen zu ausgewählten Aspekten der Versorgung und des Behandlungsergebnisses aus Patientensicht, sogenannte PREMs [Patient Reported Experience Measures; Anm. d. Verf.] und PROMs [Patient Reported Outcome Measures; Anm. d. Verf.]. Sie sollten künftig deutlich mehr Bedeutung in Forschung und Praxis erhalten.

lantes Operieren). Ein Teil dieser KV-Daten wird den Krankenkassen zur Verfügung gestellt, ist für das Public Reporting aber bislang nicht allgemein zugänglich. Das gilt auch für die Befragungen zur Patientenzufriedenheit, die Ärzte gemäß der Richtlinie zum Qualitätsmanagement durchführen sollen. Dafür stellt die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) den Praxen ein eigens entwickeltes Instrument zur Verfügung. Da die Vorgabe aber nicht verpflichtend ist, gibt es weder flächendeckend vergleichbare Ergebnisse noch eine Verpflichtung zur Veröffentlichung – obwohl 70 Prozent der Bürger erwarten, dass Patientenerfahrungen zu Ärzten regelmäßig erhoben werden. Die meisten Arztsuchportale im Internet arbeiten bisher mit jeweils eigenen Befragungen oder Kurzbewertungen, deren methodische Güte unterschiedlich ist.

Die Ergebnisqualität ärztlicher Behandlung zu bewerten, stellt eine methodische Herausforderung dar. Eine externe Qualitätssicherung wie für Krankenhäuser existiert in der ambulanten Versorgung bislang nicht. Ansatzpunkte für mehr Transparenz über die Qualität von Ärzten könnten die Ergebniswerte aus den Behandlungsprogrammen für chronisch Kranke (Disease-Management-Programme, DMP) sein. Diese sind relativ eindeutig einem bestimmten Arzt oder einer Praxis zuzuordnen. Ergänzend könnten gezielte indikationsspezifische Patientenbefragungen (Patient Reported Outcome Measures, PROMs) zusätzlich Auskunft über den Behandlungserfolg bei bestimmten Erkrankungen geben. Über andere Patientenbefragungen (Patient Reported Experience Measures, PREMs) lässt sich darüber hinaus die Prozessqualität ermitteln.

### Routinedaten können für das Public Reporting genutzt werden

Wie zudem Struktur- und Leistungsdaten aus der Dokumentations- und Abrechnungsroutine für das Public Reporting genutzt werden können, zeigen Vorbilder aus dem Ausland. So veröffentlicht Medicare, die staatliche Krankenversicherung für Senioren und behinderte Menschen in den USA, auf ihrem Informationsportal Leistungsdaten der einzelnen Ärzte. Für jeden Arzt werden seit 2012 Leistungshäufigkeiten (auf Basis von Prozedurencodes), Patientenzahl sowie in Rechnung gestellte und von Medicare gezahlte Vergütungen angegeben. Abrufbar sind somit Informationen darüber, welche Leistungen wie oft an wie vielen Patienten erbracht wurden. Die Daten werden aus den



## Arztsuchen in Deutschland

In Deutschland besteht derzeit eine Pluralität der Arztsuchen. Bei den bestehenden Portalen lassen sich drei Typen unterscheiden:

**kommerziell:** Diese Portale veröffentlichen im Wesentlichen Adressdaten in Verbindung mit Nutzerbewertungen. Dabei ist die Anzahl der Indikatoren in der Regel sehr beschränkt. Die Finanzierung erfolgt meist über das Angebot von Arztprofilen oder die Schaltung von Werbung.

**körperschaftlich:** Landesärztekammern und Kassenärztliche Vereinigungen betreiben zum Teil gemeinsam Arztsuchen im Internet, die auch Informationen zu Schwerpunkten der Praxen bieten. Einige verzeichnen auch, welche speziellen qualitätsgesicherten Leistungen ein Arzt anbieten darf. Die KBV verfügt ebenfalls über eine eigene bundesweite Arztsuche. Schließlich bieten auch Krankenkassen oder ihre Verbände Arztsuchen im Netz an.

**gemeinnützig:** Einige Arztsuchen werden von gemeinnützigen Stiftungen betrieben. Die Basis sind dabei selbst ermittelte oder erworbene Stammdaten sowie eigene Patientenbefragungen.

Abrechnungen der Ärzte extrahiert, sodass den Ärzten keine Mehrbelastung durch zusätzliche Dokumentation entsteht.

Die von Medicare veröffentlichten Daten ermöglichen es, die Leistungshäufigkeiten und die Vergütung zwischen einzelnen Ärzten zu vergleichen sowie einen Einblick in die Patientenstruktur durch Alter, Geschlecht und Ethnie zu gewinnen. Dabei werden allerdings nur die über Medicare

# 86%

der Bürger wünschen sich  
neutrale und werbefreie Arztsuchportale

# 2.157.769

Patienten aus ganz England wurden Anfang 2017  
vom National Health Service (NHS) zur Qualität ihrer  
Hausärzte befragt, 37,5 Prozent antworteten

# 2/3

der Bürger  
suchen online  
nach einem Arzt

versicherten Patienten erfasst und nicht das gesamte Leistungsspektrum einer Arztpraxis. Auch über die Behandlungsqualität ist damit nichts gesagt.

In England bietet das Portal „NHS Choices“ des staatlichen Gesundheitsdienstes National Health Service (NHS) umfangreiche Informationen in einer für Laien leicht zugänglichen Darstellung. Dafür werden sowohl Routinedaten ausgewertet als auch zweimal jährlich Patienten befragt. Für eine landesweite Befragung zu Hausärzten in England wurden zuletzt mehr als zwei Millionen Fragebögen verschickt. Die Rücklaufquote betrug 37,5 Prozent. Informationen und Qualitätsmerkmale werden patientenorientiert präsentiert. Alle für den NHS arbeitenden Ärzte und Einrichtungen können verglichen werden, womit fast alle Leistungserbringer erfasst sind.

In Dänemark gibt es ein Behandlungsfehlerregister. Dort veröffentlicht die staatliche Aufsichtsbehörde für das Gesundheitswesen für Ärzte und andere Beschäftigte im Gesundheitswesen, ob ein Verfahren wegen eines nachgewiesenen Behandlungsfehlers vorliegt. Ist dies der Fall, sind detaillierte Informationen öffentlich abrufbar.

### Konsequente Open-Data-Politik überwindet Transparenzdefizite

Wie viel Qualitätstransparenz herrscht, ist immer auch eine Frage der Governance. Die Analyse der Public Reporting-Systeme in Dänemark, England, den Niederlanden und den USA, die das IGES Ins-

titut im Auftrag der Bertelsmann Stiftung und der Weissen Liste vorgenommen hat, zeigt, dass gutem Public Reporting in der Regel ein Mentalitäts- und Kulturwandel hin zu einer Open-Data-Politik zugrunde liegt.

Dieser Mentalitäts- und Kulturwandel kann wie in den USA durch die Rechtsprechung initiiert werden, die ein Verbot der Veröffentlichung von ärztlichen Leistungsdaten aufhob, oder wie in Großbritannien fast zeitgleich Ergebnis einer politischen Entscheidung sein. Dort wurde mit dem Gesundheits- und Sozialversorgungsgesetz (Health and Social Care Act 2012) eine nationale Informationseinrichtung gegründet, die die Qualität aller öffentlich finanzierten Gesundheits- und Pflegeleistungen transparent und vergleichbar machen soll. Das US-Gericht, das Medicare die Veröffentlichung arztbezogener Leistungs- und Abrechnungsdaten ermöglichte, schätzte den Nutzen einer Veröffentlichung arztbezogener Daten höher ein als die Privatsphäre der Ärzte hinsichtlich ihrer Einkommen.

In staatlichen Gesundheitssystemen verfügen öffentliche Institutionen über eine Fülle von Versorgungsdaten, die für das Public Reporting genutzt werden können. Diesen Institutionen kommt in einer konsequenten Open-Data-Politik dabei zunächst die Rolle des Datenhalters zu. Ob sie darüber hinaus auch selbst zu Informationsanbietern mit eigenen Portalen (wie NHS Choices in England) werden oder dies der Zivilgesellschaft überlassen, mag dahingestellt bleiben. Entscheidend ist, dass die Datengrundlage – wie etwa in Großbritannien durch das Health and Social Care

Information Centre – verbindlich gebündelt und für alle Akteure zur freien Nutzung zur Verfügung gestellt wird.

Länder mit gutem Public Reporting achten darauf, die relevanten Akteure aus dem Gesundheitswesen an der Umsetzung der Public Reporting-Strategie zu beteiligen. Wie das geschehen kann, zeigen die Niederlande: Nachdem die Entwicklung sektorenübergreifender Qualitätsindikatoren und Messinstrumente beschlossen worden war, beteiligte die zuständige Aufsichtsbehörde Patientenorganisationen, Krankenkassen und Gesundheitsdienstleister gleichberechtigt an der Entwicklung. Anders als bei der deutschen Selbstverwaltung führt hier der Staat die Regie und die Interessenvertreter werden lediglich beratend einbezogen.

### Informationsfreiheit steht nicht im Widerspruch zum Datenschutz

Eine deutsche Open-Data-Politik muss zwei Verfassungsgüter ausbalancieren: den individuellen Datenschutz auf der einen und die Informationsfreiheit auf der anderen Seite. Was bedeutet das mit Blick auf die Versorgungsprozesse und Leistungserbringer? In einem Rechtsgutachten für die Bertelsmann Stiftung stellen die Professoren der Universität Regensburg Dr. Thorsten Kingreen

und Dr. Jürgen Kühling fest, dass starke verfassungsrechtliche Gründe für eine umfassende Bereitstellung der für die Öffentlichkeit relevanten Informationen sprechen.

Nach dem Gutachten geht es vor allem um ein Gleichgewicht zwischen den Ansprüchen, persönliche Daten und Betriebsgeheimnisse zu schützen, und dem legitimen Informationsinteresse der Öffentlichkeit. Beides, die Geheimhaltung von Versorgungsdaten ebenso wie ihre Offenlegung, bedarf der Rechtfertigung. „Das Verhältnis der beteiligten Grundrechte untereinander darf [...] nicht in dem Sinne gedeutet werden, dass jede externe Datennutzung einer besonderen Rechtfertigung bedarf, ihre Versagung hingegen nicht. Vielmehr stellt auch die Unterbindung der externen Datennutzung einen Grundrechtseingriff dar, der der Rechtfertigung bedarf“, heißt es in dem Gutachten der Regensburger Wissenschaftler. Da für das Public Reporting personenbezogene Patientendaten nicht erforderlich sind, ist das Informationsinteresse der Öffentlichkeit allenfalls gegen Schutzbedürfnisse der Anbieter abzuwägen. Hier kommen die Gutachter zu dem Ergebnis, dass bei entsprechendem Missbrauchsschutz eine Offenlegung von Routinedaten möglich und mit Blick auf den Auskunftbedarf der Bevölkerung sogar geboten wäre.



Die aktuelle Studie „Public Reporting in der ambulanten ärztlichen Versorgung – Internationale Erfahrungen mit Maßnahmen zur Erhöhung der Qualitätstransparenz und Implikationen für Deutschland“ des IGES Instituts steht unter [www.bertelsmann-stiftung.de/public-reporting-arztpraxen](http://www.bertelsmann-stiftung.de/public-reporting-arztpraxen) zum Download bereit.

Das Rechtsgutachten der Professoren Dr. Thorsten Kingreen und Dr. Jürgen Kühling der Universität Regensburg vom September 2017 kann unter [www.bertelsmann-stiftung.de/public-reporting-arztpraxen](http://www.bertelsmann-stiftung.de/public-reporting-arztpraxen) heruntergeladen werden.

### Abwägung zwischen Datenschutz und Informationsfreiheit

Datenschutz und Informationsfreiheit, beides Grundrechte im Grundgesetz, müssen unter Berücksichtigung der neuen EU-Datenschutzgrundverordnung neu ausbalanciert werden. Für mehr Transparenz in der ambulanten Versorgung müssen mehr Patienten- und Ärztedaten für das Public Reporting zur Verfügung stehen.

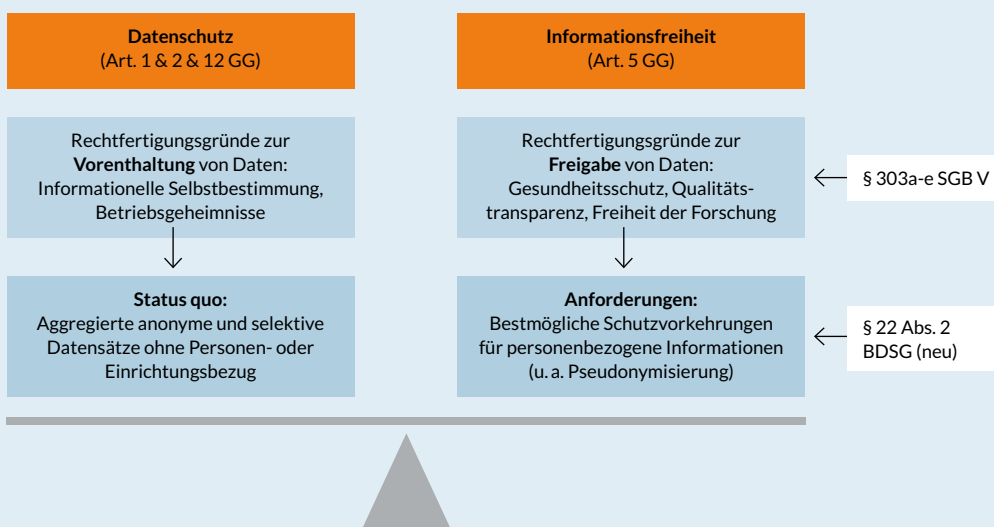


Abbildung 3 | Quelle: Eigene Darstellung

## Handlungsempfehlungen

## Public Reporting über Arztpraxen verbessern

Die Offenlegung von Informationen über niedergelassene Ärzte ist in Deutschland nach wie vor unterentwickelt. Von der Erfahrung anderer Länder kann das deutsche Gesundheitswesen profitieren. Um Patienten die Arztsuche zu erleichtern, müssen Portalanbieter Zugang zu allen relevanten Daten erhalten. Für mehr Transparenz in der ambulanten Versorgung ist nicht nur das Verhältnis von Informationsfreiheit und Datenschutz neu auszubalancieren. Notwendig ist ein grundlegender Perspektivenwechsel. Dazu gehören folgende erste Schritte:

### Open-Data-Politik fördern

- › Nutzung der Spielräume der neuen EU-Datenschutzgrundverordnung für mehr Informations- und Datenfreiheit im Gesundheitswesen
- › Schaffung eines Rechtsrahmens für Open-Data-Strategien wie in den angelsächsischen Ländern
- › Erweiterung der Datentransparenzregelungen im SGB V (§ 303a–e) für die Offenlegung der Stamm-, Struktur- und Leistungsdaten der niedergelassenen Ärzte

### Patientenerfahrungen systematisch erheben

- › Verpflichtung der Vertragsärzte zur Durchführung und Veröffentlichung regelmäßiger Patientenbefragungen im Rahmen des vertragsärztlichen Qualitätsmanagements
- › Zusammenführung und Validierung der dafür bereits entwickelten Befragungsinstrumente zur Ermöglichung eines sinnvollen Vergleichs
- › Einsatz von Patient Reported Experience Measures (PREMs) zur Ermittlung der Qualität des Behandlungsprozesses aus Patientensicht
- › Einsatz von Patient Reported Outcomes Measures (PROMs) zur Erfassung der Ergebnisqualität der DMP-Versorgung, um diese transparent zu machen
- › Zugang zu den Ergebnissen und Daten aller Befragungen für das Public Reporting und Gewährleistung der Versorgungsforschung

### Governance: Arbeitsteilung und Beteiligung

- › Annahme, Aufbereitung und Bereitstellung der erhobenen Daten durch eine unabhängige öffentliche Institution
- › Gleichberechtigte Beteiligung der Kostenträger, Leistungserbringer, Patientenvertreter und Informationsanbieter bei der Entwicklung von Erhebungsinstrumenten, Qualitätsindikatoren und Datenspezifikationen
- › Gewährleistung von Pluralität der Plattformen und Wettbewerb bei der Vermittlung der Qualitätsdaten



SPOTLIGHT GESUNDHEIT ist ein Impulspapier des Programms „Versorgung verbessern – Patienten informieren“ der Bertelsmann Stiftung. Es erscheint in unregelmäßigen Abständen mehrmals pro Jahr und beschäftigt sich mit aktuellen Themen und Herausforderungen im Gesundheitswesen. Die Bertelsmann Stiftung setzt sich für ein Gesundheitssystem ein, das sich an den Bürgern orientiert. Mit ihren Projekten zielt sie auf eine konsequent am Bedarf ausgerichtete und hochwertige Versorgung sowie stabile finanzielle Grundlagen. Patienten sollen durch verständliche Informationen in ihrer Rolle gestärkt werden.

Die Weisse Liste macht Qualitätsunterschiede in der Gesundheitsversorgung transparent – über das Internetportal [www.weisse-liste.de](http://www.weisse-liste.de). Das Ziel ist, Patienten und ihre Angehörigen bei der Suche nach einem passenden Arzt und bei der Auswahl eines geeigneten Krankenhauses zu unterstützen.

Weitere Informationen auf [www.weisse-liste.de](http://www.weisse-liste.de) und [www.bertelsmann-stiftung.de](http://www.bertelsmann-stiftung.de)

### Impressum

Herausgeber:  
Bertelsmann Stiftung  
Carl-Bertelsmann-Str. 256  
33311 Gütersloh  
[www.bertelsmann-stiftung.de](http://www.bertelsmann-stiftung.de)

Verantwortlich:  
Uwe Schwenk  
Director des Programms  
„Versorgung verbessern –  
Patienten informieren“

Kontakt:  
Regina Blockhaus  
[spotlight-gesundheit@bertelsmann-stiftung.de](mailto:spotlight-gesundheit@bertelsmann-stiftung.de)

Bildnachweis:  
© Getty Images / iStockphoto / Dean Mitchell,  
nakophotography / stock.adobe.com, Dirk Pudwell,  
Veit Mette  
Gestaltung: Dietlind Ehlers  
Redaktion: Burkhard Rexin  
Druck: Druckhaus Rihn

ISSN (Print): 2364-4788  
ISSN (Online): 2364-5970

Veröffentlichung:  
Mai 2018