



# Public Reporting in der ambulanten Versorgung

Expertise zur rechtlichen Umsetzung

# Public Reporting

## in der ambulanten Versorgung

### Expertise zur rechtlichen Umsetzung

Autor: Dr. Bastian Reuter, Fachanwalt für Medizinrecht

#### **Kontakt**

Dr. Stefan Etgeton  
Senior Expert  
Programm „Versorgung verbessern – Patienten informieren“  
Bertelsmann Stiftung  
Telefon 030 275 788 316  
[stefan.etgeton@bertelsmann-stiftung.de](mailto:stefan.etgeton@bertelsmann-stiftung.de)  
[www.bertelsmann-stiftung.de](http://www.bertelsmann-stiftung.de)



# Inhalt

<b>Inhalt .....</b>	<b>4</b>
<b>1 Einleitung .....</b>	<b>5</b>
<b>2 Personeller Anknüpfungspunkt .....</b>	<b>6</b>
<b>3 Sachliche Anknüpfungspunkte .....</b>	<b>6</b>
3.1 Informationen aus dem Bundesarztregister .....	6
3.2 Abrechnungs- und Leistungsdaten der kassenärztlichen Vereinigungen .....	7
3.3 Abrechnungsdaten der Krankenkassen zu Sonderformen der ambulanten Versorgung .....	9
3.4 Abrechnungsdaten der Krankenkassen aus anderen Sektoren.....	9
<b>4 Umsetzung eines Public Reporting in der ambulanten Versorgung .....</b>	<b>10</b>
4.1 Aufnahme der Lebenslangen Arztnummer (LANR) in § 303b Abs. 1 .....	11
4.2 Aufnahme weiterer Leistungsdaten in § 303b SGB V .....	12
4.3 Verbindung der Lebenslangen Arztnummer (LANR) mit Versichertendaten in § 303e SGB V.....	13
4.4 Aufnahme von Institutionen der Qualitätsberichterstattung und Patienteninformation in § 303e SGB V.....	14
<b>5 Zusammenfassung .....</b>	<b>15</b>

# 1 Einleitung

Im System der gesetzlichen Krankenversicherung verfügt die ambulante Versorgung im Unterschied zur stationären Versorgung bisher nicht über umfassende Instrumente zum Zweck des Public Reporting. Während im Bereich der stationären Versorgung auf Grundlage von Qualitätsreports und Qualitätsberichten gemäß § 136b Abs. 1 Nr. 3 SGB V eine umfassende Information der Patienten über das Leistungsangebot und die Leistungsqualität einzelner Leistungserbringer gewährleistet wird, ist im Bereich der ambulanten Versorgung der Zugang zu vergleichbaren Daten auf freiwillige und daher nicht vollständige Informationen über einen Teil der Stammdaten, auf einen Teil der Qualifikationen sowie auf Schwerpunkte beschränkt<sup>1</sup>.

Abbildung 1 – Datenverfügbarkeit im ambulanten und stationären Sektor

	Ambulanter Sektor			Stationärer Sektor		
	vorhanden	auf Portalen einsehbar	Datensatz frei verfügbar	vorhanden	auf Portalen einsehbar	Datensatz frei verfügbar
Stammdaten	+	+	-	+	+	+
Leistungsabrechnungsdaten	+	-	-	+	(+)**	(+)**
Qualitätsgesicherte Leistungen	+	+	-	+	+	+
Daten zur Prozessqualität	+	-	-	+	+	+
Daten zur Ergebnisqualität	(+)*	-	-	+	+	+
Patientenbefragungen	+	+	-	+	+	+

\* Zum Teil im Rahmen von Disease Management Programmen erfasst  
 \*\* Daten ohne Leistungserbringerbezug  
 Quelle: Eigene Darstellung

 | BertelsmannStiftung

Eine an den Grundsätzen der Richtigkeit, Vollständigkeit und Aktualität der Daten ausgerichtete Information der Patienten, die unabhängig von Organisationen der Leistungserbringer erfolgt, ist daher auf der Grundlage dieser Daten mangels eines vollständigen Marktüberblicks nicht möglich. Die Ausübung des Rechts des Patienten auf freie Arztwahl wird hierdurch faktisch erschwert. Objektive und vollständige Informationen über die Qualität ambulanter ärztlicher Leistungserbringung sind nicht verfügbar. Nur teilweise sind subjektive Bewertungen ärztlicher Leistungserbringer durch Patienten im Rahmen von Internetangeboten mit Bewertungsmöglichkeit zu verzeichnen.<sup>2</sup>

Diesem eingeschränkten Informationsangebot steht das Informationsinteresse der Patienten gegenüber, die nur auf der Grundlage einer umfassenden und objektiven Information über die Qualität ambulanter ärztlicher Leistungserbringung ihr Recht auf freie Arztwahl verständlich ausüben können. Ausgehend von der Feststellung, dass Instrumente des Public Reporting in anderen Industrienationen in weit umfassenderem Maße Anwendung finden<sup>3</sup> und vor dem Hintergrund, dass insbesondere grundrechtliche und datenschutzrechtliche Vorgaben einem Public Reporting im Bereich der ambulanten Versorgung – selbst unter Berücksichtigung der Veröffentlichung von Betriebs- und Geschäftsgeheimnissen der Leistungserbringer – aufgrund der besonderen Bedeutung der ebenfalls grundrechtlich verankerten Informationsfreiheit der Patienten aus Art. 5 Abs. 1 S. 1 Hs. 1 GG in Verbindung mit

<sup>1</sup> Auf der Grundlage freiwilliger Veröffentlichungen im Rahmen der Bundesarztsuche der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, siehe: <https://www.kbv.de/html/BundesarztsucheApp.php>.

<sup>2</sup> insb.: [www.weisse-liste.de](http://www.weisse-liste.de); [www.jameda.de](http://www.jameda.de).

<sup>3</sup> *Etgeton/Weigand*, Public Reporting über Arztpraxen, Bertelsmann Stiftung, Mai 2018.

dem Recht der Patienten auf körperliche Unversehrtheit in Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG nicht entgegenstehen<sup>4</sup>, soll im Folgenden dargestellt werden, auf welcher einfach-rechtlichen Grundlage Instrumente des Public Reporting eingeführt werden können.

## 2 Personeller Anknüpfungspunkt

Soll das Leistungsgeschehen in der ambulanten Versorgung im Rahmen eines Public Reporting untersucht und dargestellt werden, muss entschieden werden, ob dies unter Anknüpfung an die einzelnen, in der ambulanten Versorgung tätigen, Ärztinnen und Ärzte oder den teilweise übergeordneten Leistungserbringergemeinschaften (Berufsausübungsgemeinschaften, medizinische Versorgungszentren, sonstige Einrichtungen) erfolgen soll. Vor dem Hintergrund, dass die Qualität der Leistungserbringung im Wesentlichen auf die persönliche Qualifikation des konkret Handelnden zurückzuführen ist und im Unterschied zu Public Reporting Systemen im Bereich der stationären Versorgung im Bereich der ambulanten Versorgung die Qualität der Leistungserbringung einen wesentlich höheren Bezug zu einzelnen ärztlichen Kräften hat, kann ein Public Reporting sachverständig nur an diese Zuordnung anknüpfen, so dass die einzelne handelnde Person in den Fokus des Public Reporting genommen werden sollte.

## 3 Sachliche Anknüpfungspunkte

Das geltende Recht verfügt bereits über Anknüpfungspunkte, die für die Etablierung eines Public Reporting genutzt werden könnten. Hierbei muss unterschieden werden zwischen dem Zugang zu Informationen über handelnde Ärztinnen und Ärzte sowie dem Zugang zu Informationen über das von diesen Personen zu verantwortende Leistungsgeschehen mit entsprechenden Qualitätsaspekten.

### 3.1 Informationen aus dem Bundesarztregister

#### 3.1.1 Verzeichnis der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Zahnärzte sowie Einrichtungen

Ausgehend von dem Befund, dass ein Public Reporting an den konkret Handelnden anknüpfen muss, kann die Zuordnung des Leistungsgeschehens zu einzelnen Leistungserbringern ausschließlich auf der Grundlage der lebenslangen Arztnummer (LANR) erfolgen. Diese bundesweit und lebenslang gültige persönliche Kennziffer, die die zuständige kassenärztliche Vereinigung an jeden Arzt und Psychotherapeuten vergibt, der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnimmt, ist bereits heute insbesondere im Bereich der Abrechnung der erbrachten Leistungen der maßgebliche personelle Anknüpfungspunkt auf Leistungserbringerseite (siehe § 295 Abs. 2 Nr. 2 SGB V). Darüber hinaus existiert bereits ein bundesweites Verzeichnis der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Zahnärzte sowie Einrichtungen auf der Grundlage von § 293 Abs. 4 SGB V. Dieses Verzeichnis, das neben der lebenslangen Arztnummer Informationen zu Hausarzt- oder Facharztanerkennung, Teilnahmestatus, Geschlecht, Titel, Name, Vornamen, Geburtsdatum, Adresse und Beginn sowie Ende der Gültigkeit der lebenslangen Arztnummer enthält, kann als umfassende Erfassung sämtlicher Leistungserbringer in der vertragsärztlichen Versorgung als notwendige Grundlage und Ausgangspunkt des Public Reporting herangezogen werden.

#### 3.1.2 Für Public Reporting nutzbare Daten

Mit Blick auf die Zwecke des Public Reporting und unter Berücksichtigung der berechtigten datenschutzrechtlichen Interessen der betroffenen Leistungserbringer muss der Zugriff und die Nutzungsmöglichkeit auf die im Verzeichnis der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Zahnärzte sowie Einrichtungen vorhandenen

---

<sup>4</sup> Kingreen/Kühling, Rechtsfragen der Datennutzung, September 2017.

Daten jedoch auf solche Daten konkretisiert werden, die für die Zwecke des Public Reporting, die qualitätsorientierte Patienteninformation, genutzt werden können. Hierunter fallen folgende Teilinformationen nach § 239 Abs. 4 SGB V:

1. Arzt- oder Zahnarztnummer
2. Hausarzt- oder Facharztankennung
3. Teilnahmestatus (begrenzt auf ein etwaiges Ausscheiden aus der vertragsärztlichen Versorgung)
4. Geschlecht des Arztes oder Zahnarztes
5. Titel des Arztes oder Zahnarztes
6. Name des Arztes oder Zahnarztes
7. Vorname des Arztes oder Zahnarztes
9. Straße der Arzt- oder Zahnarztpraxis oder der Einrichtung
10. Hausnummer der Arzt- oder Zahnarztpraxis oder der Einrichtung
11. Postleitzahl der Arzt- oder Zahnarztpraxis oder der Einrichtung
12. Ort der Arzt- oder Zahnarztpraxis oder der Einrichtung

Darüber hinaus sollten zum Zwecke der Qualitätsberichterstattung und Patienteninformation folgende Teilinformationen ebenfalls Eingang in das Verzeichnis finden:

15. Betriebsstättennummer (unverschlüsselt)
16. Fremdsprachenkenntnisse
17. Schwerpunktkompetenzen (z.B. Gynäkologische Onkologie, Kinderradiologie)
18. KV-Genehmigungen zur bundeseinheitlichen Qualitätssicherung (z.B. Hautkrebs-Screening)
19. KV-Genehmigungen zu Disease-Management-Programmen (z.B. DMP Asthma bronchiale)
20. Auskünfte über Barrierefreiheit
21. Auskünfte über Art und Umfang der Sprechzeiten

### **3.1.3 Für Public Reporting nicht nutzbare Daten**

Zum Schutz der berechtigten Interessen der Leistungserbringer und insbesondere zum Schutz von Betriebs- und Geschäftsgeheimnissen dürfen Informationen über die Art des Zugangs zur vertragsärztlichen Versorgung (z.B. Zulassungsstatus, Anstellung, Rechtsform) und die Art des Ausscheidens aus der vertragsärztlichen Versorgung (z.B. Zulassungsentziehung, Tod, Rückgabe der Zulassung) nicht in ein Public Reporting integriert werden, da diese Informationen nicht zur Beurteilung der individuellen Behandlungsqualität herangezogen werden können.

## **3.2 Abrechnungs- und Leistungsdaten der kassenärztlichen Vereinigungen**

### **3.2.1 Abrechnungs- und Leistungsdaten, § 295 Abs. 2 , § 297 SGB V**

Für ein Public Reporting von Interesse sind die Daten der Abrechnungen ärztlicher Leistungen gemäß § 295 SGB V, die von den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten und Einrichtungen an die kassenärztliche Vereinigung zu übermitteln sind und durch die kassenärztlichen Vereinigungen auf der Grundlage von § 295 Abs. 2 SGB V an die Krankenkassen und § 297 an die Prüfungsstellen nach §106c übermittelt werden, da diese einen differenzierten Einblick in den konkreten quantitativen (Fallzahlen) und qualitativen (Art der Behandlung) Leistungsumfang ermöglichen. Von besonderer Bedeutung ist, dass diese Daten auch ärztliche Diagnosen umfassen müssen, da allein auf Grundlage der Abrechnungsziffern des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) eine differenzierte Darstellung des Leistungsgeschehen nicht möglich wäre.

Zum Hintergrund: Der EBM beschränkt sich in Teilen auf die Erfassung von übergeordneten Kategorien von Leistungen; z.B. differenziert der EBM im Bereich der definierten operativen Eingriffe der Extremitätenchirurgie, Kap. 31.2.3. EBM, ausschließlich zwischen verschiedenen Eingriffskategorien (C1-C7), die wiederum innerhalb einer Eingriffskategorie verschiedenste Diagnosen erfassen können. So werden die „Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Fremdkörperentfernung aus einer Faszie: Oberarm und Ellenbogen“ nach 5-850.a2 und die „Operationen an Sehnen der Hand: Verkürzung: Beugesehnen Handgelenk“ nach 5-840.b0 jeweils der Eingriffskategorie C2 zugeordnet, sodass aus der Abrechnung der Eingriffskategorie C2 nicht auf die jeweilige Anzahl der genannten beiden Eingriffe geschlossen werden kann, da beide die identische Abrechnungsziffer auslösen.

*Tabelle 1 – Kodierung von Diagnosen, ICD und Abrechnungsziffern*

<b>Diagnose</b>	<b>ICD-Code</b>	<b>EBM-Abrechnungsziffer</b>
Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Fremdkörperentfernung aus einer Faszie: Oberarm und Ellenbogen	5-850.a2	31122
Operationen an Sehnen der Hand: Verkürzung: Beugesehnen Handgelenk	5-840.b0	31122
Plastische Rekonstruktion der Brustwand: Stabilisierung der Thoraxwand, offen, chirurgisch, einseitig: Mit Reposition und Osteosynthese, 1 Rippe	5-346.c0	31134
Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Einlegen eines Medikamententrägers: Schenkelhals	5-780.4e	31134

Eine detaillierte Auswertung des Leistungsgeschehens ist daher nur unter Nutzung der ebenfalls durch die Vertragsärzte übermittelten Diagnosedaten möglich.

### **3.2.2 Für Public Reporting nutzbare Daten**

Die vorgenannten Abrechnungsdaten sind hinsichtlich der damit verbundenen Patientendaten sowohl anonymisiert (als bloße Statistik der erbrachten Leistungen des Leistungserbringers) als auch pseudonymisiert (Zuordnung einzelner Leistungen zu einem Versichertenpseudonym) für ein Public Reporting geeignet. Je nachdem, ob pseudonymisierte Versichertenangaben, etwa Alter und Schweregrad einer Erkrankung, enthalten sind, ermöglichen sie ein unterschiedlich tiefgehendes und differenziertes Bild des Umfangs und des konkreten Inhalts der Leistungserbringung einzelner Leistungserbringer und damit einen Vergleich der Leistungserbringer in quantitativer (Fallzahlen) und qualitativer (Behandlungsangebot) Hinsicht. Ohne Versichertenbezug wäre auf Basis dieser Daten Aussagen darüber möglich, welche Leistungen ein bestimmter Arzt anbietet und wie oft er sie durchführt, was insbesondere bei routinemäßigen fachärztlichen diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen von Interesse sein kann. Die Hinzuziehung pseudonymisierter Patientendaten ist mit Blick auf die Möglichkeit einer sektorübergreifenden Qualitätssicherung, der Darstellung von Schweregraden und zum Zweck der Risikoadjustierung unabdingbar. Durch die Verbindung der Leistungsdaten und Diagnosen im einzelnen Behandlungsfall mit weiteren (pseudonymisierten) Daten des konkreten Patienten wird eine sachgerechte Auswertung und Aufbereitung von Unterschieden der Leistungsangebote und der Qualität der Leistungserbringung ermöglicht, da ohne Hinzuziehung der genannten pseudonymisierten Patientendaten nur ein eingeschränktes Public Reporting möglich wäre, dass

die vorgenannten Bereiche Qualitätssicherung, Darstellung von Schweregraden und Risikoadjustierung nicht berücksichtigen würde und sich somit in einer abrechnungsbezogenen Leistungsstatistik erschöpfen würde.

### **3.2.3 Für Public Reporting nicht nutzbare Daten**

Aufgrund des offensichtlichen Vorrangs des Gesundheitsdatenschutzes der betroffenen Patienten sind personalisierte Patientendaten oder anonymisierte oder pseudonymisierte Patientendaten, soweit hinsichtlich eines Leistungserbringers weniger als 5 Behandlungsfälle zu verzeichnen sind, nicht in ein Public Reporting einzubeziehen. Eine weitere Begrenzung ist hinsichtlich der konkreten zeitlichen Daten der erfolgten Behandlungen im Sinne von § 295 Abs. 1 Nr. 2 SGB V und § 295 Abs. 2 Nr. 5 SGB V vorzunehmen.

## **3.3 Abrechnungsdaten der Krankenkassen zu Sonderformen der ambulanten Versorgung**

Damit die ambulante Leistungserbringung im Rahmen des Public Reporting möglichst umfassend erfasst wird, ist es unerlässlich, dass auch die Sonderformen ambulanter ärztlicher Tätigkeit, die gegebenenfalls keine Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigung im Rahmen der Abrechnung der Leistungserbringung erfordern und aktuell im Verhältnis zur Regelversorgung einen kleineren Teil der Leistungserbringung betreffen, ebenfalls erfasst werden. Hierzu zählt neben der integrierten Versorgung insbesondere auch die hausarztzentrierte Versorgung (z.B. § 73b, § 132e, § 132f und § 140a SGB V). Diese Sonderformen der Teilnahme an der ambulanten Leistungserbringung können nur über die Abrechnungsdaten der Krankenkassen berücksichtigt werden, da die Leistungserbringer mit diesen direkt, ohne Beteiligung der kassenärztlichen Vereinigungen, abrechnen.

### **3.3.1 Für Public Reporting nutzbare Daten**

Wie im Bereich der Abrechnungsdaten der kassenärztlichen Vereinigungen sind diese Daten ebenfalls in anonymisierter oder pseudonymisierter Form für ein Public Reporting nutzbar. Auch können auf der Grundlage der Daten, die in diesem Teilbereich der ambulanten Versorgung erhoben werden, Aussagen über das quantitative (Fallzahlen) und qualitative Leistungsgeschehen (Behandlungsangebot) getroffen werden.

### **3.3.2 Für Public Reporting nicht nutzbare Daten**

Auch im Bereich der allein gegenüber den Krankenkassen abzurechnenden Sonderformen ambulanter Leistungserbringung ist der Ausschluss personalisierter Patientendaten sowie anonymisierter oder pseudonymisierter Patientendaten, soweit hinsichtlich eines Leistungserbringers weniger als 5 Behandlungsfälle zu verzeichnen sind, zu beachten. Gleiches gilt hinsichtlich der konkreten zeitlichen Daten der Behandlung.

## **3.4 Abrechnungsdaten der Krankenkassen aus anderen Sektoren**

Eine weitere Dimension des Public Reporting stellt die Verbindung von Abrechnungs- und Leistungsdaten der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung mit Abrechnungs- und Leistungsdaten der stationäre Krankenhausversorgung und ambulante Leistungen der Krankenhäuser (§ 301 SGB V) sowie der Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln (§ 302 SGB V) dar. Zur Etablierung eines umfassenden Public Reporting über die gesamte Versorgung von Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung mit ärztlichen und nichtärztlichen Leistungen ist es erforderlich, die jeweiligen Leistungs- und Abrechnungsdaten der vertragsärztlichen Versorgung mit den Abrechnungsdaten der Krankenhäuser sowie Heil- und Hilfsmittelerbringer zu verbinden und eine (pseudonymisierte) Auswertung der vollständigen Behandlungsverläufe zu ermöglichen.

## 4 Umsetzung eines Public Reporting in der ambulanten Versorgung

Für die Umsetzung eines Public Reporting im Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung könnten die bereits existierenden Regelungen zur Datentransparenz in den §§ 303a ff. SGB V nach Einführung des Digitale Versorgung-Gesetz (DVG) um Regelungen zu einem Public Reporting ergänzt werden. Anknüpfungspunkt für ein solches Public Reporting sind die bereits im System der gesetzlichen Krankenversicherung erhobenen Abrechnungs- und Leistungsdaten, die jeweils zum Zweck des Public Reportings, begrenzt auf die Zwecke des Public Reportings, um eine eindeutige Identifizierung der Leistungserbringer ergänzt werden. Nachfolgend soll ein solcher Lösungsansatz dargestellt werden. Hierbei beschränkt sich die Darstellung auf den Bereich der ambulanten Versorgung. Die weitergehende Aufnahme der stationären Krankenhausversorgung sowie der Heil- und Hilfsmittelerbringer in ein Public Reporting kann auf der Grundlage des nachstehenden Lösungsvorschlags für die Zukunft in Betracht gezogen werden.

Auf der Grundlage des geltenden Rechts besteht die Möglichkeit, durch Anpassung und Erweiterung der bestehenden Regelungen zur Datentransparenz in den §§ 303a ff. SGB V die notwendigen Instrumente für ein Public Reporting auf der Grundlage der bereits beschriebenen Datensätze des bundesweites Verzeichnisses der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Zahnärzte sowie Einrichtungen, der kassenärztlichen Vereinigungen sowie der gesetzlichen Krankenkassen im System der gesetzlichen Krankenversicherung zu schaffen. Dies könnte durch nachfolgend dargestellte Änderungen in § 293 Abs. 5 SGB V, § 303b SGB V und § 303d SGB V erfolgen. Soll zukünftig neben einem rein deskriptiven Public Reporting, welches ausschließlich auf anonymisierten Patientendaten nach § 303e Abs. 3 SGB V basiert, auch pseudonymisierte Patientendaten für ein qualitatives Public Reporting erfolgen, müsste die Übermittlung von Daten durch das Forschungsdatenzentrum um Daten nach § 303e Abs. 4 SGB V erweitert werden.

Zunächst ist als notwendige Datengrundlage für das Public Reporting eine Übermittlung von Teilmitteln des (inhaltlich punktuell um verbraucherrelevante Informationen ergänzten) Verzeichnisses der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Zahnärzte sowie Einrichtungen an das Forschungsdatenzentrum erforderlich.

### § 293 Kennzeichen für Leistungsträger und Leistungserbringer

(1) [...]

(2) [...]

(3) [...]

(4) Die Kassenärztliche und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung führen jeweils ein bundesweites Verzeichnis der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Zahnärzte sowie Einrichtungen. Das Verzeichnis enthält folgende Angaben:

1. Arzt- oder Zahnarzt Nummer sowie der Betriebsstättennummer (unverschlüsselt),

2. Hausarzt- oder Facharzt Kennung,

3. Teilnahmestatus,

4. Geschlecht des Arztes oder Zahnarztes,

5. Titel des Arztes oder Zahnarztes,

6. Name des Arztes oder Zahnarztes,

7. Vorname des Arztes oder Zahnarztes,

8. Geburtsdatum des Arztes oder Zahnarztes,

9. Straße der Arzt- oder Zahnarztpraxis oder der Einrichtung,
10. Hausnummer der Arzt- oder Zahnarztpraxis oder der Einrichtung,
11. Postleitzahl der Arzt- oder Zahnarztpraxis oder der Einrichtung,
12. Ort der Arzt- oder Zahnarztpraxis oder der Einrichtung,
13. Beginn der Gültigkeit der Arzt- oder Zahnarztnummer,
14. Ende der Gültigkeit der Arzt- oder Zahnarztnummer,

15. Fremdsprachenkenntnisse.

16. Schwerpunktkompetenz.

17. KV-Genehmigungen zur bundeseinheitlichen Qualitätssicherung.

18. KV-Genehmigungen zu Disease-Management-Programmen (z.B. DMP Asthma bronchiale).

19. Auskünfte über Barrierefreiheit.

20. Auskünfte über Art und Umfang der Sprechzeiten.

Das Verzeichnis ist in monatlichen oder kürzeren Abständen zu aktualisieren. Die Arzt- und Zahnarztnummer ist so zu gestalten, dass sie ohne zusätzliche Daten über den Arzt oder Zahnarzt nicht einem bestimmten Arzt oder Zahnarzt zugeordnet werden kann; dabei ist zu gewährleisten, dass die Arzt- und Zahnarztnummer eine Identifikation des Arztes oder Zahnarztes auch für die Krankenkassen und ihre Verbände für die gesamte Dauer der vertragsärztlichen oder vertragszahnärztlichen Tätigkeit ermöglicht. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung stellen sicher, dass das Verzeichnis die Arzt- und Zahnarztnummern enthält, welche Vertragsärzte und -zahnärzte im Rahmen der Abrechnung ihrer erbrachten und verordneten Leistungen mit den Krankenkassen nach den Vorschriften des Zweiten Abschnitts verwenden. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung stellen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen das Verzeichnis bis zum 31. März 2004 im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zur Verfügung; Änderungen des Verzeichnisses sind dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen in monatlichen oder kürzeren Abständen unentgeltlich zu übermitteln. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen stellt seinen Mitgliedsverbänden und den Krankenkassen das Verzeichnis zur Erfüllung ihrer Aufgaben, insbesondere im Bereich der Gewährleistung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Versorgung sowie der Aufbereitung der dafür erforderlichen Datengrundlagen, zur Verfügung. Zum Zweck der Qualitätsberichterstattung nach § 303e Abs. 2 Nr. 8 stellt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen das Verzeichnis beschränkt auf die Angaben zu Abs. 4 Nr. 1, 2, 3, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 15, 16, 17, 18, 19 und 20 dem Forschungsdatenzentrum nach § 303d zur Verfügung. Hinsichtlich Abs. 4 Nr. 3 wiederum beschränkt auf Genehmigungen zur bundeseinheitlichen Qualitätssicherung, Genehmigungen auf der Basis von bundeseinheitlichen Richtlinien, Zuerkennungen für bedarfsabhängige Zusatzbudgets, Genehmigungen zu Disease-Management-Programmen und Genehmigungen auf der Basis von bundeseinheitlichen Verträgen sowie der sonstige Leistungsumfang des Leistungserbringers; für andere Zwecke darf der Spitzenverband Bund der Krankenkassen das Verzeichnis nicht verwenden.

(5) [...]

(6) [...]

(7) [...]

#### 4.1 Aufnahme der Lebenslangen Arztnummer (LANR) in § 303b Abs. 1

Die Nutzung der vertragsärztlichen Abrechnungsdaten zum Zweck des Public Reporting setzt die Kenntnis der Arztnummer der jeweiligen vertragsärztlichen Leistungserbringer voraus, da nur auf dieser Grundlage eine Zuordnung zu den, unter einer Arztnummer erbrachten, Leistungen möglich ist. Somit muss bereits bei der Übermittlung und Zusammenführung der Abrechnungsdaten die Lebenslange Arztnummer mitgeführt werden.

### § 303b

#### Datenzusammenführung und -übermittlung

(1) Für die in § 303e Abs. 2 genannten Zwecke übermitteln die Krankenkassen an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen als Datensammelstelle für jeden Versicherten jeweils in Verbindung mit einem Versichertenpseudonym, das eine kassenübergreifende eindeutige Identifizierung im Berichtszeitraum erlaubt (Lieferpseudonym)

1. Angaben zu Alter, Geschlecht und Wohnort,
  2. Angaben zum Versicherungsverhältnis,
  3. die Kosten- und Leistungsdaten nach den §§ 295, 295a, 300, 301, 301a und 302,
  4. Angaben zum Vitalstatus und zum Sterbedatum und
  5. Angaben zu den abrechnenden Leistungserbringern unter Angabe der Arztnummer und der Betriebsstättennummer.
- [...]

(2) [...].

(3) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen übermittelt

1. an das Forschungsdatenzentrum nach § 303d die Daten nach Absatz 1 ohne das Lieferpseudonym, wobei jeder einem Lieferpseudonym zuzuordnende Einzeldatensatz mit einer Arbeitsnummer gekennzeichnet wird,
2. an die Vertrauensstelle nach § 303c eine Liste mit den Lieferpseudonymen einschließlich der Arbeitsnummern, die zu den nach Nummer 1 übermittelten Einzeldatensätzen für das jeweilige Lieferpseudonym gehören. ~~Die Angaben zu den Leistungserbringern sind vor der Übermittlung an das Forschungsdatenzentrum zu pseudonymisieren.~~ Das Nähere zur technischen Ausgestaltung der Datenübermittlung nach Satz 1 vereinbart der Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit den nach § 303a Abs. 1 Satz 2 bestimmten Stellen spätestens bis zum 31. Dezember 2021.

(4) [...]

## 4.2 Aufnahme weiterer Leistungsdaten in § 303b SGB V

Die Übermittlung der im Rahmen der vertragsärztlichen Abrechnung erhobenen, jedoch noch nicht im Datensatz nach § 303b Abs. 1 Nr. 3 enthaltenen, Diagnosedaten setzt eine Änderung des § 303b SGB V voraus, soweit keine Erweiterung des § 295 Abs. 2 um die vollständigen Diagnosedaten nach § 295 Abs. 1 Nr. 2 in Betracht gezogen wird. Dies ist durch die Einführung eines neuen Abs. 3a zu realisieren, der eine Übermittlung der betroffenen Daten entsprechend der Regelung zu den Daten nach § 303b Abs. 1 Nr. 3 vorsieht.

### § 303b

#### Datenzusammenführung und -übermittlung

[...]

(3a) Für die in § 303e Abs. 2 genannten Zwecke übermitteln die Kassenärztlichen Vereinigungen an die Kassenärztliche Bundesvereinigung als Datensammelstelle für jeden Versicherten jeweils in Verbindung

mit einem Versichertenpseudonym , das eine eindeutige Identifizierung im Berichtszeitraum erlaubt (Lieferpseudonym) die Daten nach § 295 Abs. 1 Nr. 2. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung übermittelt

1. an das Forschungsdatenzentrum nach § 303d die Daten nach § 295 Abs. 1 Nr. 2 ohne das Lieferpseudonym, wobei jeder einem Lieferpseudonym zuzuordnende Einzeldatensatz mit einer Arbeitsnummer gekennzeichnet wird,

2. an die Vertrauensstelle nach § 303c eine Liste mit den Lieferpseudonymen einschließlich der Arbeitsnummern, die zu den nach Nummer 1 übermittelten Einzeldatensätzen für das jeweilige Lieferpseudonym gehören. Das Nähere zur technischen Ausgestaltung der Datenübermittlung nach Satz 1 vereinbart die Kassenärztliche Bundesvereinigung mit den nach § 303a Abs. 1 Satz 2 bestimmten Stellen spätestens bis zum 31. Dezember 2021.

[...]

### 4.3 Verbindung der Lebenslangen Arztnummer (LANR) mit Versichertendaten in § 303e SGB V

Es müsste eine eigenständige Rechtsgrundlage für die Übermittlung der LANR an die mit der Qualitätsberichterstattung betrauten und mithin zur Datennutzung berechtigten Institutionen und die damit verbundene Verknüpfung der anonymisierten oder pseudonymisierten Daten geschaffen werden.

#### § 303e

##### Datenverarbeitung

(1) Das Forschungsdatenzentrum macht die ihm vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Vertrauensstelle übermittelten Daten nach Maßgabe der Absätze 3 bis 6 folgenden Nutzungsberechtigten zugänglich, soweit diese nach Absatz 2 zur Verarbeitung der Daten berechtigt sind:]...

(2) [...]

(3) [...]

(4) [...]

(4a) Abweichend von den Abs. 3 und 4 übermittelt das Forschungsdatenzentrum die Arztnummer einem Nutzungsberechtigten in nicht anonymisierter Form, damit zum Zweck der Qualitätsberichterstattung nach Abs. 2 Nummer 8 eine Zuordnung der Arztnummer zu den anonymisierten oder pseudonymisierten Daten nach Abs. 3 und 4 ermöglicht wird.

(4b) Im Fall der Qualitätsberichterstattung durch Dritte nach § 303e Abs. 2 Nr. 8 stellt das Forschungsdatenzentrum den Dritten die Informationen nach § 293 Abs. 4 Satz 8 zur Verfügung.

(5) Die Nutzungsberechtigten dürfen die nach Abs. 3, Abs. 4, Abs. 4a oder Abs. 4b zugänglich gemachten Daten

1. nur für die Zwecke nutzen, für die sie zugänglich gemacht werden,

2. nicht an Dritte weitergeben, es sei denn, das Forschungsdatenzentrum genehmigt auf Antrag eine Weitergabe an einen Dritten im Rahmen eines nach Abs. 2 zulässigen Nutzungszwecks.

Die Nutzungsberechtigten haben bei der Verarbeitung der nach Abs. 3, Abs. 4, Abs. 4a oder Abs. 4b zugänglich gemachten Daten darauf zu achten, keinen Bezug zu Patienten herzustellen. Wird ein Bezug zu Patienten unbeabsichtigt hergestellt, so ist dies dem Forschungsdatenzentrum zu melden.

(6) Wenn die zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde feststellt, dass Nutzungsberechtigte die vom Forschungsdatenzentrum nach Abs. 3, Abs. 4, Abs. 4a oder 4b zugänglich gemachten Daten in einer Art und Weise verarbeitet haben, die nicht den geltenden datenschutzrechtlichen Vorschriften oder den Auflagen des Forschungsdatenzentrums entspricht, und wegen eines solchen Verstoßes eine Maßnahme nach Artikel 58 Abs. 2 Buchstabe b bis j der Verordnung (EU) 2016/679 gegenüber dem Nutzungsberechtigten ergriffen hat, informiert sie das Forschungsdatenzentrum. In diesem Fall schließt das Forschungsdatenzentrum den Nutzungsberechtigten für einen Zeitraum von bis zu zwei Jahren vom Datenzugang aus.

#### **4.4 Aufnahme von Institutionen der Qualitätsberichterstattung und Patienteninformation in § 303e SGB V**

Zum Zweck des Public Reportings müssten Institutionen der Qualitätsberichterstattung und Patienteninformation in den Kreis der Verarbeitungs- und Nutzungsberechtigten in § 303e SGB V aufgenommen werden. Dies kann insbesondere durch die Aufnahme von Dritten in einen neuen Abs. 1 Nr. 6a erfolgen, soweit diese Qualitätsberichterstattung und Patienteninformation verfolgen. Die Aufnahme müsste verbunden werden mit einer Erweiterung der im Gesetz vorgesehenen Nutzungszwecke und Bedingungen zur Verarbeitung bzw. Veröffentlichung. Dies könnte durch die Aufnahme eines neuen Nutzungszwecks in Abs. 2 Nr. 8 „Wahrnehmung von Aufgaben der Qualitätsberichterstattung“ erfolgen. Auf der Grundlage der Nutzungszwecke Qualitätsberichterstattung und Patienteninformation, sowie der in das Gesetz aufzunehmenden Anforderungen an diese Berichterstattung und Information wird sichergestellt, dass diese Veröffentlichungen ausschließlich durch berechtigte und zur Einhaltung von Nutzungsbedingungen verpflichtete Institutionen erfolgt und eine missbräuchliche Nutzung ausgeschlossen wird.

##### **§ 303e Datenverarbeitung**

(1) Das Forschungsdatenzentrum macht die ihm vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen und von der Vertrauensstelle übermittelten Daten nach Maßgabe der Absätze 3 bis 6 folgenden Nutzungsberechtigten zugänglich, soweit diese nach Abs. 2 zur Verarbeitung der Daten berechtigt sind:

[...]

6a. Dritte, zur Erfüllung der Zwecke des § 303e Abs. 2 Nr. 8, die sich gegenüber dem Forschungsdatenzentrum vertraglich zur Einhaltung der Anforderungen nach Abs. 2 verpflichten.

(2) Soweit die Datenverarbeitung jeweils für die Erfüllung von Aufgaben der nach Abs. 1 Nutzungsberechtigten erforderlich ist, dürfen die Nutzungsberechtigten Daten für folgende Zwecke verarbeiten:

[...]

8. Qualitätsberichterstattung und Patienteninformation auf der Grundlage pseudonymisierter Patientendaten nach § 303e Abs. 3, die eine nicht missbräuchliche, nicht wettbewerbsverzerrende und manipulationsfreie Berichterstattung über die Qualität der Leistungserbringung von zugelassenen Ärzten und zugelassenen medizinischen Versorgungszentren sowie ermächtigten Ärzten und ermächtigten Einrichtungen nach § 95 Abs. 1 zum Gegenstand hat.

## 5 Zusammenfassung

Bereits das geltende Recht bietet geeignete Anknüpfungspunkte für die Aufnahme eines wirksamen Public Reporting in das SGB V, da die für ein wirksames Public Reporting notwendigen Daten bereits im System der Gesetzlichen Krankenversicherung vorhanden sind und durch eine zusätzliche Verknüpfung mit ebenfalls bereits vorhandenen Informationen über Leistungserbringer nutzbar gemacht werden können. Zur Einführung eines wirksamen Public Reportings ist es erforderlich, dass einerseits die Abrechnungs- und Leistungsdaten mit Informationen über die mit der Leistungserbringung verbundenen Ärztinnen und Ärzte verbunden werden. Dies kann dadurch erfolgen, dass die bereits im Rahmen der Abrechnung genutzte lebenslange Arztnummer mit den Daten über das Leistungsgeschehen verbunden wird. Zur Sicherung des Patientendatenschutzes sowie der berechtigten Interessen der Leistungserbringer, insbesondere zur Wahrung von Betriebs- und Geschäftsgeheimnissen, ist es notwendig, dass die für die Qualitätsberichterstattung freigegebenen Informationen auf solche Angaben beschränkt werden, die für die Zwecke der Qualitätsberichterstattung und Patienteninformation erforderlich sind. Die Rückverfolgbarkeit von Patienten muss durch geeignete technisch-organisatorische Maßnahmen und das Prinzip der Datensparsamkeit gänzlich ausgeschlossen werden. Ausgehend von der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung könnte das Public Reporting darüber hinaus zukünftig auch auf die anderen Versorgungsbereiche, insbesondere die stationäre Versorgung, ausgeweitet werden, indem auch die in diesen Bereichen bereits vorhandenen Abrechnungs- und Leistungsdaten mit den Daten der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung zusammengeführt werden.

**Adresse | Kontakt**

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

Dr. Stefan Etgeton  
Senior Expert  
Telefon +49 30 275 788 316  
stefan.etgeton@bertelsmann-stiftung.de

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