

Dr. phil. Stefan Etgeton
Dipl.-Volksw. Uwe Schwenk
Johannes Strotbek MA

Public Reporting über Arztpraxen

Qualitätstransparenz für Patienten durch Nutzung von Routinedaten

Im Jahr 2016 hat die Bertelsmann Stiftung eine repräsentative Untersuchung veröffentlicht, in der sich 91 Prozent der Befragten dafür aussprachen, dass Arztpraxen, Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen per Gesetz verpflichtet werden, ihre Qualität verständlich offen zu legen (Bertelsmann Stiftung, 2016). Dieses klare Ergebnis zeigt, dass die Bürgerinnen und Bürger von den Leistungserbringern im Gesundheitswesen Rechenschaft über die Qualität ihrer Arbeit verlangen, und zwar unabhängig davon, welche möglichen weiteren positiven Effekte mit Qualitätstransparenz einhergehen mögen. Diese Effekte sind vielfältig und wirken auf unterschiedlichen Ebenen (s. Abb. 1). Die Veröffentlichung von Qualitätsdaten soll den Qualitätswettbewerb anfachen, indem sie Leistungserbringer unmittelbar zu Qualitätsverbesserungen motiviert – aus fachlichem Eigenantrieb und/oder aufgrund gegenseitiger Beobachtung. Das zeigen nicht nur internationale Studien (Kumpunen, Trigg & Rodrigues, 2014); auch die seit 2005 gesetzlich verpflichtende Veröffentlichung von Qualitätsberichten durch die Krankenhäuser (§ 136b Abs. 1 Nr. 3 SGB V) hat zu Verbesserungen bei vielen der veröffentlichten Indikatoren geführt (IQTIG, 2019). Aber Transparenz sorgt auch dafür, dass Patienten bei ihren Wahlentscheidungen unterstützt werden. Ferner können Leistungs- und Qualitätsdaten der Steuerung und Planung von Anbieterstrukturen im Gesundheitswesen zugrunde gelegt werden. Faktisch geschieht das allerdings bisher noch nicht.

>> Im Unterschied zur stationären Versorgung gibt es in Deutschland bei Arztpraxen weder eine systematische, externe Qualitätssicherung noch ein strukturiertes Public Reporting. Daten über die Struktur der Praxis, Art und Menge der im ambulanten Bereich erbrachten ärztlichen Leistungen und deren Prozess- oder gar Ergebnisqualität sind zum Teil vorhanden, stehen aber für ein unabhängiges Public Reporting nicht zur Verfügung (s. Tab. 1). Ein rechtlicher Rahmen für objektive und umfassende Informationen über die Qualität ambulanter ärztlicher Leistungserbringung fehlt bisher.

Wer einen Arzt sucht und sich vorab informieren will, ist dabei oft auf Hörensagen oder die mehr oder weniger subjektiven Bewertungen anderer Patienten auf Internetportalen bzw. Suchmaschinen angewiesen. Deren Zuverlässigkeit hängt jedoch auch von den höchst unterschiedlichen Qualitätsstandards der jeweiligen Portalanbieter ab. So haben Gerichte bei kommerziellen Anbietern immer wieder beanstandet, dass die Anforderungen des jeweiligen Geschäftsmodells die Darstellung der Arztbewertungen beeinflussen.

Informationen über Ärzte, Praxen und ihr Leistungsangebot werden zum Teil auch auf den Arztsuchen einzelner Kammern oder Kas-

Zusammenfassung

Im Unterschied zum stationären Sektor liegen über die Leistungen von niedergelassenen Ärzten und ihre Qualität keine für das allgemeine Public Reporting geeigneten Informationen vor. Eine bessere Information der Patienten zur Ausübung ihres Wahlrechts wäre ohne zusätzlichen Aufwand sofort möglich, wenn bereits vorhandene Routinedaten über Ärzte bzw. Arztpraxen und ihre Leistungen zugänglich gemacht würden. Die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung im Bundesarztregister zusammengeführten Daten können – ergänzt um einige zusätzliche Angaben – als Grundlage für eine strukturierte Qualitätsberichterstattung über die ambulant-ärztliche Versorgung dienen. Darüber hinaus bieten die vertragsärztlichen Abrechnungsdaten aussagekräftige Informationen über Art, Umfang und in gewissen Grenzen auch die Qualität der Leistungserbringung. Auch diese Daten wären für das Public Reporting nutzbar zu machen. Um dies umzusetzen, fehlt derzeit jedoch der entsprechende gesetzliche und institutionelle Rahmen.

Schlüsselwörter

Public Reporting, Qualitätstransparenz, Vertragsärzte, Open Data, Routinedaten

Crossref/doi

<http://doi.org/10.24945/MVF.01.21.1866-0533.2282>

senärztlichen Vereinigungen (KV) veröffentlicht, allerdings nur, sofern dafür die Einwilligung des jeweiligen Arztes vorliegt. Eine konsistente, bundesweit einheitliche unabhängige Qualitätstransparenz ist auf dieser Grundlage derzeit nicht möglich.

Diesem unzureichenden Informationsangebot steht das Informationsinteresse der Patientinnen und 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. Mehr als jede/r Zweite wünscht sich laut einer Befragung aus dem Jahr 2018 mehr Informationen vor dem Besuch beim Haus- oder Facharzt (Stjepanovic & Etgeton, 2018). Wichtig sind den Befragten Informationen über die Kompetenz des Arztes, die Ausstattung der Praxis sowie die Erfahrungen von anderen Patienten (s. Abb. 2).

Obwohl zu vielen dieser Fragen entsprechende Daten bei Institutionen des Gesundheitswesens vorliegen, sind sie für die Öffentlichkeit in der Regel nicht zugänglich. So fühlen sich die Befragten in allen Belangen nicht ausreichend informiert. Über die Hälfte wünscht sich mehr relevante und neutrale Informationen; jede/r Vierte (27 Prozent) befürchtet, aufgrund fehlender Informationen nicht den richtigen Arzt zu finden.

Mehr Transparenz wagen – den Blick weiten für das, was möglich wäre

Gute Beispiele aus dem Ausland

Andere Industrieländer, allen voran England und die USA, gehen wesentlich offener mit ihren Daten um (Albrecht & Ochmann, 2018). Interessierte können sich dort ohne Zugangsbeschränkungen darüber informieren, welche Leistungen ein Arzt wie oft und mit welcher Qualität anbietet. Dazu werden Abrechnungsdaten von einer staatlichen Institution ausgewertet. Außerdem werden Patientinnen und Patienten regelmäßig zu ihren Erfahrungen mit dem Arzt oder der Praxis befragt, und diese Befragungsergebnisse werden auch veröffentlicht (Tab. 2).

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 Prozeduren-Codes),

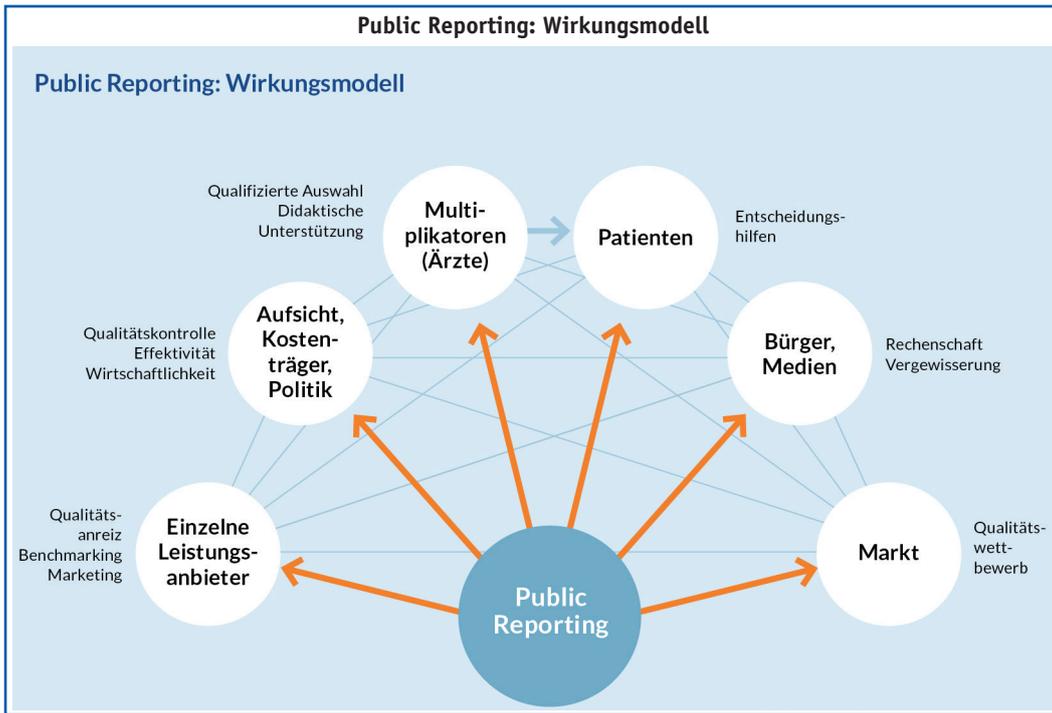


Abb. 1: Public Reporting:Wirkungsmodell. Quelle: Eigene Darstellung, Bertelsmann Stiftung.

2017). Danach sei zunächst der unbedingt zu wahrende Patientendatenschutz von dem der Arztpraxis sauber zu unterscheiden. Die Privatsphäre der Patienten bliebe bei anonymisierten Abrechnungsdaten unangetastet und stünde einer Nutzung für das Public Reporting daher nicht entgegen.

Demgegenüber müssen die Schutzbedürfnisse der Arztpraxis, etwa mit Blick auf Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse, gegen das Informationsinteresse der Öffentlichkeit – mithin jedes einzelnen Patienten – abgewogen werden. „Das Verhältnis der beteiligten Grundrechte untereinander darf ... nicht in dem Sinne gedeutet werden, dass jede externe Datennutzung einer besonderen Rechtfertigung bedarf, ihre Versagung hingegen

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 Abrechnungen der Ärzte extrahiert, so dass den Ärzten keine Mehrbelastung durch zusätzliche Dokumentation entsteht. Neben Medicare gibt es zahlreiche digitale Transparenzangebote, die auch Informationen zur Ergebnisqualität beinhalten – sei es über Patientenbefragungen oder aufgrund von Behandlungsdaten.

In England bietet das Portal „NHS Choices“ des staatlichen Gesundheitsdienstes NHS umfangreiche Informationen in für Laien leicht zugänglicher 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.

Datenschutz versus Informationsfreiheit – eine falsche Alternative

In Deutschland fehlt bislang die Bereitschaft, diese Transparenz über vorhandene Daten herzustellen. Gegen mehr Offenheit beim Umgang mit Versorgungsdaten wird häufig der Datenschutz ins Feld geführt. Inwiefern der Datenschutz einer transparenteren Patienteninformation tatsächlich im Wege steht, war Gegenstand eines bereits 2017 von den Regensburger Professoren Kingreen und Kühling vorgelegten Rechtsgutachtens (Kingreen & Kühling,

nicht. Vielmehr stellt auch die Unterbindung der externen Datennutzung einen Grundrechtseingriff dar, der der Rechtfertigung bedarf.“ (Kingreen & Kühling, 2017, S. 22) Würdigt man weitere Rechtsgüter wie den Gesundheitsschutz und das Patientenwohl, kann die Offenlegung vorhandener Daten sogar geboten sein. Im Ergebnis,

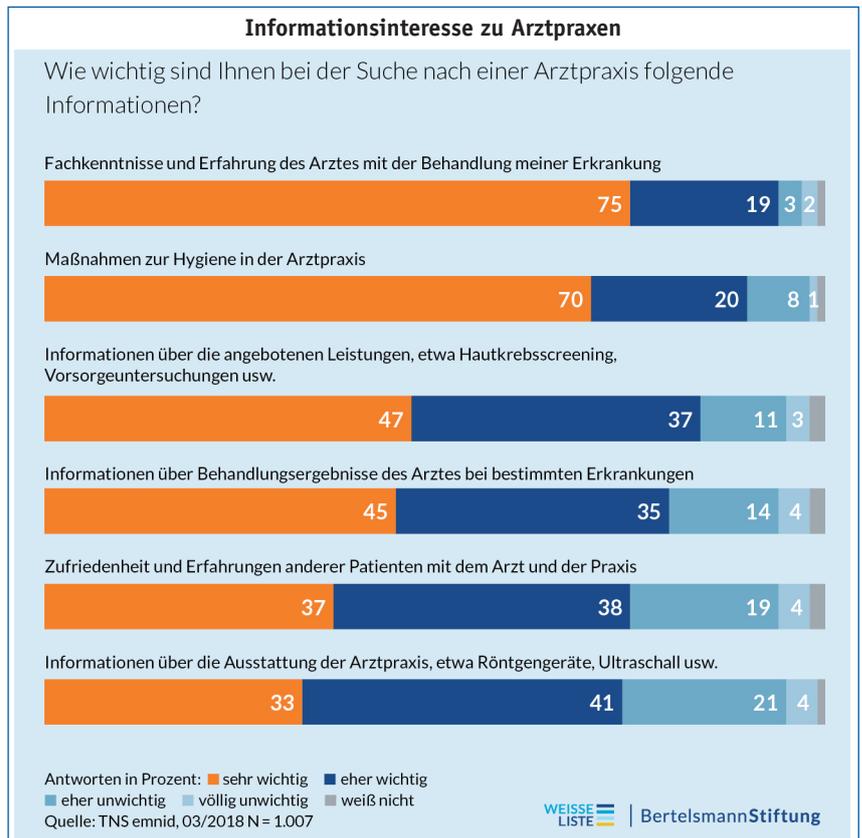


Abb. 2: Informationsinteresse zu Arztpraxen. Quelle: Eigene Darstellung, Weisse Liste, Bertelsmann Stiftung.

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

WEISSE LISTE | BertelsmannStiftung

Tab. 1: Public Reporting im Sektorenvergleich.

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	+	+	-	+	+ ²	+	+
Qualifikation, Schwerpunkte	+	+	-	+	+ ²	+	+
Abrechnungsdaten	+	-	-	+	+ ²	+	+
Fallzahlen	+	-	-	+	+ ²	+	+
Prozessqualität ¹	+	-	-	+	+ ²	+	+
Ergebnisqualität ¹	+	-	-	+	+ ²	+	+
Patientenbefragungen	+	+	-	+	+ ²	+	+

1: Zumindest für einzelne Aspekte bzw. Leistungsbereiche der Behandlung
 2: Eine freie Verwertung von Daten ist vereinzelt möglich
 Quelle: Eigene Darstellung

WEISSE LISTE | BertelsmannStiftung

Tab. 2: Public Reporting im internationalen Vergleich.

so das Fazit des Gutachtens, „sprechen starke verfassungsrechtliche Gründe für eine umfassende Bereitstellung der für die Öffentlichkeit relevanten Informationen.“ (ebd. S. 17) Aus rechtlicher Perspektive kehrt sich somit die Rechtfertigungslast um zulasten derer, die vorhandene und für das Public Reporting geeignete Daten vorenthalten. Dieser im angelsächsischen Raum bereits gängige Open-Data-Ansatz würde für Deutschland einen Paradigmenwechsel bedeuten.

Aus Daten Informationen machen – ein abgestuftes Konzept

Das erweiterte Bundesarztregister als Basis für Public Reporting

Als Ausgangspunkt für das Public Reporting von Arztpraxen eignet sich das in § 293 Abs. 4 SGB V geregelte bundesweite Verzeichnis der Vertragsärzte, das von der Kassenärztlichen bzw. Kassenzahn-

ärztlichen Bundesvereinigung (KBV/KZBV) auf Grundlage der Verzeichnisse der Kassen(zahn)-ärztlichen Vereinigungen auf Landesebene geführt wird. Es enthält die wesentlichen Stammdaten, die, um einige Angaben bereinigt und weitere ergänzt (s. Tab. 3), in einer bundesweit konsolidierten Form zur Weiterverarbeitung für die Qualitätsberichterstattung verfügbar zu machen wären.

Dafür wäre jedoch eine gesetzliche Regelung notwendig, die klarstellt, dass die in der Tabelle 3 unter den Nummern 15 bis 21 genannten und von den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) bereits erhobenen Daten zusätzlich ins bundesweite Arztverzeichnis aufgenommen werden (Reuter, 2020, S. 7). Darüber hinaus sollten diese Daten zusammen mit der in der Tabelle bezeichneten Auswahl aus dem bestehenden Verzeichnis für das Public Reporting zugänglich gemacht werden. Dieser verbindliche Stammdatensatz schüfe die Basis für das Public Reporting sowohl der einzelnen KV als auch anbieterunabhängiger Transparenzinitiativen, die so in der Lage wären, zusätzliche Informationen, wie etwa Ergebnisse von Patientenbewertungen oder die Auswertung von Abrechnungsdaten (s.u.), mit diesen Daten zu verknüpfen.

Qualität aus Abrechnungsdaten ablesen

Für ein Public Reporting von Interesse sind darüber hinaus die Daten zur Abrechnung ärztlicher Leistungen gemäß § 295 SGB V (Reuter, 2020, S. 7ff). Sie müssen von den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten sowie Einrichtungen an die jeweilige KV übermittelt werden. Diese wiederum leitet sie auf der Grundlage von § 295 Abs. 2 SGB V quartalsweise an die Krankenkassen weiter.

Zu beachten ist, dass diese an die Krankenkassen zu übermittelnden Daten auch ärztliche Diagnosen umfassen müssen. Allein auf

Daten, die im Bundesarztregister enthalten und für das Public Reporting wichtig sind:		
	Datensatz gem. § 293 Abs. 4 SGB V	Relevanz für Public Reporting
1.	Arzt-/ Zahnarztnummer (unverschlüsselt)	notwendig zur datentechnisch eindeutigen Identifizierung der Leistungserbringer
2.	Hausarzt- oder Facharztkenennung	fachärztliche Zuordnung
3.	Teilnahmestatus	begrenzt auf ein etwaiges Ausscheiden aus der vertragsärztlichen Versorgung
4.	Geschlecht des Arztes/ Zahnarztes	kann bei der Arztwahl relevant sein
5.	Titel des Arztes/ Zahnarztes	notwendiges Stammdatium
6.	Name des Arztes/ Zahnarztes	notwendiges Stammdatium
7.	Vorname des Arztes/ Zahnarztes	notwendiges Stammdatium
8.	Geburtsdatum des Arztes/ Zahnarztes	wird nicht benötigt
9.	Straße der Arzt-/ Zahnarztpraxis oder der Einrichtung	notwendiges Stammdatium
10.	Hausnummer der Arzt-/ Zahnarztpraxis oder der Einrichtung	notwendiges Stammdatium
11.	Postleitzahl der Arzt-/ Zahnarztpraxis oder der Einrichtung	notwendiges Stammdatium
12.	Ort der Arzt-/ Zahnarztpraxis oder der Einrichtung	notwendiges Stammdatium
13.	Beginn der Gültigkeit der Arzt-/ Zahnarztnummer	wird nicht benötigt
14.	Ende der Gültigkeit der Arzt-/ Zahnarztnummer	wird nicht benötigt
Darüber hinaus sollten folgende Teilinformationen Eingang in das Verzeichnis finden, die bereits von einigen Kassenärztlichen Vereinigungen erhoben und veröffentlicht werden:		
15.	Betriebsstättennummer	Notwendig zur datentechnisch eindeutigen Identifizierung der Leistungserbringer – im Falle von Gemeinschaftspraxen o. ä. auch für Patienten relevant
16.	Fremdsprachenkenntnisse	kann bei der Arztwahl relevant sein
17.	Schwerpunktkompetenzen	kann bei der Arztwahl relevant sein
18.	KV-Genehmigung für qualitätsgesicherte Leistungen	kann bei der Arztwahl relevant sein
19.	KV-Genehmigung für Disease-Management-Programme	kann bei der Arztwahl relevant sein
20.	Spezialisierung für bestimmte Patientengruppen (z. B. Barrierefreiheit)	kann bei der Arztwahl relevant sein
21.	Anzahl, Art und Zeiten der Sprechzeiten	gibt Auskunft über die tatsächliche Verfügbarkeit

Tab. 3: Bundesarztregister als Basis für Public Reporting. Quelle: Eigene Darstellung, Weisse Liste, Bertelsmann Stiftung.

Grundlage der Abrechnungsziffern des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) wäre eine differenzierte Darstellung des Leistungsgeschehens nicht möglich, denn der EBM beschränkt sich in Teilen auf die Erfassung von übergeordneten Kategorien von Leistungen, ohne die konkrete Leistung kenntlich zu machen. Erst die durch Diagnosen ergänzten Abrechnungsdaten ermöglichen eine differenzierte Einschätzung darüber, welche Leistung der jeweilige Arzt wie oft erbringt. Für Patienten, die nach einer speziellen Behandlung suchen, kann diese Information von hoher Relevanz sein. Daher ist

dieser an die Krankenkassen übermittelte Datensatz für das Public Reporting besonders geeignet.

Public Reporting folgt einem abgestuften Datenkonzept

Zum Zweck der Qualitätsberichterstattung und insbesondere der Patienteninformation muss klar sein, welcher Arzt bzw. welche Arztpraxis welche Leistungen wie oft erbracht hat. Daher ist im Unterschied zu dem im Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) geregelten Zugang zu Forschungsdaten (§§ 303a bis 303f SGB V) bei den für das Public Reporting verwendeten Daten ein eindeutiger datentechnischer Bezug zum Leistungserbringer notwendig. Ein Bezug der Leistungs- und Qualitätsdaten zu pseudonymisierten Versicherten- bzw. Patientendaten, der für Forschungszwecke sinnvoll ist, wäre hingegen für die Zwecke des Public Reporting verzichtbar. Sofern es sich um rein anbieterzentriertes Public Reporting handelt, betrachtet es lediglich die Leistungen einzelner Leistungserbringer (Ärzte, Einrichtungen), ohne die von ihm behandelte Patientenpopulation, etwa mit Blick auf Alter oder Geschlecht, näher in den Blick zu nehmen oder Verbindungen zu anderen Leistungserbringern (Behandlungsverläufe) herzustellen. Für diese Art der nicht-adjustierten, rein sektoralen Qualitätsberichterstattung sind Daten ohne Versicherten- bzw. Patientenbezug völlig ausreichend.

Etwas anders liegen die Dinge, wenn es um patientenzentriertes Public Reporting ginge. Um Spezialisierungen auf bestimmte Patientengruppen sowie Behandlungsverläufe von Patienten über mehrere Leistungserbringer und ggf. sogar Sektoren hinweg nachverfolgen zu können, müssten die Leistungsdaten der Ärzte und Einrichtungen dem in § 303c SGB V neu geregelten Versichertenpseudonym zugeordnet werden. Die in diesem Datensatz (gem. § 303b SGB V) enthaltenen Angaben (Alter und Geschlecht) würden es außerdem erlauben, mögliche Befunde zur Ergebnisqualität einer gewissen Risikoadjustierung zu unterziehen. Aufgrund der noch laufenden Diskussion zur datenschutzrechtlichen Bewertung dieser Pseudonymisierung sollte jedoch auf eine derartige Nutzung solange verzichtet werden, bis die offenen Fragen geklärt sind. Die mit dem DVG ermöglichte Nutzung der Daten im Rahmen der Versorgungsforschung könnte einstweilen dazu genutzt werden, um die Potenziale eines patientenzentrierten Public Reporting auf Basis der vorhandenen Abrechnungsdaten auszuloten und zu bewerten (Tab. 4).

Institutionelle Verortung und Datenmanagement

Als Hauptdatenhalter fungieren derzeit die Kassenärztlichen Vereinigungen. Daher wäre deren Dachorganisation, die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), die nach geltender Rechtslage bereits das Bundesarztregister führt, rein technisch am ehesten geeignet, auch die für das Public Reporting benötigten Daten zusammenzuführen und interessierten Dritten in maschinenlesbarer Form zur Verfügung zu stellen. Im Moment fehlt dafür jedoch die entsprechende Rechtsgrundlage. Hinzu kommt, dass die KBV von ihrer verbandlichen Funktion und Interessenlage her der Qualitätstransparenz der von ihr vertretenen Vertragsärztinnen und Vertragsärzte bisher keine – um es vorsichtig auszudrücken – besonders hohe Priorität eingeräumt hat.

Als neutralere Institutionen kämen auch Einrichtungen der gemeinsamen Selbstverwaltung in Frage, die von ihrem Auftrag her

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

Tab. 4: Gestuftes Public Reporting-Konzept. Quelle: Eigene Darstellung, Bertelsmann Stiftung.

bereits mit ambulanten Abrechnungs- oder Qualitätsdaten befasst sind – etwa das Institut des Bewertungsausschusses oder das Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen. Allerdings müssten für eine verbrauchergerechte Umsetzung die Aufträge an diese Institutionen sehr verbindlich formuliert werden, um die in der Selbstverwaltung bisher noch verbreiteten Widerstände gegen eine umfängliche Offenlegung vorhandener Daten aufzulösen.

Diese zusätzliche Anforderung, den Transparenzauftrag von den bereits existierenden Aufgabenstellungen einer bestehenden Institution abzugrenzen und deren Ausgestaltung gegen ihre womöglich zuwiderlaufende Eigeninteressen abzusichern, ließe sich umgehen, indem eine neue Institution errichtet würde. Diese sollte ausschließlich den Auftrag bekommen, Daten aus dem Bereich der medizinischen (SGB V) und eventuell auch der pflegerischen Versorgung (SGB XI) zu bündeln und dem Public Reporting zur Verfügung zu stellen. Anzustreben wäre hier eine Lösung mit direktem Bezug zu dem im Aufbau befindlichen Nationalen Gesundheitsportal. Eine

solche sektorneutrale Datenstelle müsste vermutlich im SGB IV angesiedelt und geregelt werden.

Für welche der möglichen institutionellen Lösungen man sich auch entscheidet, zentral ist der dieser Institution erteilte Auftrag und das der Umsetzung zugrundeliegende Datenmanagementkonzept. Primäre Aufgabe ist die Zusammenführung und Aufbereitung der für das Public Reporting relevanten Daten in einer Form, die es be- oder entstehenden Transparenzinitiativen ermöglicht, für eine gute Qualitätsberichterstattung über Arztpraxen zu sorgen. Als Vorbild für die diskriminierungsfreie Zurverfügungstellung der Daten kann das

vom Gemeinsamen Bundesausschuss bereits etablierte Verfahren zum Abruf der Qualitätsberichte der Krankenhäuser dienen. Ob die Institution selbst auch mit einem eigenen Transparenzangebot an die Öffentlichkeit treten sollte, ist demgegenüber nebensächlich. Unter dem Gesichtspunkt der Chancengleichheit im Wettbewerb der Transparenzanbieter wäre vermutlich eher davon abzuraten, den zentralen Datenhalter zugleich zum Mitbewerber zu machen.

Fazit: Qualitätstransparenz für Patienten durch Nutzung von Routedaten

Verglichen mit dem stationären Sektor ist die Qualitätsberichterstattung über niedergelassene Ärzte deutlich defizitär. Weder existiert eine eigene externe Qualitätssicherung, noch ist die Nutzung vorhandener Daten für das Public Reporting derzeit möglich. Um Patienten die Auswahl eines geeigneten Arztes zu erleichtern, sollten die für die Qualitätsberichterstattung relevanten Daten den

Literatur

Albrecht, M., & Ochmann, R. (2018). Public Reporting in der ambulanten ärztlichen Versorgung – Internationale Erfahrungen mit Maßnahmen zur Erhöhung der Qualitätstransparenz und Implikationen für Deutschland. (B. Stiftung, Hrsg.) doi:10.11586/2018013
 Bertelsmann Stiftung. (2016). Transparenz über Gesundheitsanbieter erhöht Qualität der Versorgung (Bildergalerie). Abgerufen am 02.10.2020 von <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/mediathek/medien/mid/buerger-wuenschen-sich-mehr-transparenz>
 Etgeton, S., & Strotbek, J. (2020). SPOTLIGHT Gesundheit: Public Reporting im ambulanten Sektor – Routedaten niedergelassener Ärzte sollten für Patienteninformationen genutzt werden. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung. Abgerufen am 02. 10. 2020 von <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/public-reporting-im-ambulanten-sektor-all>
 IQTIG, I. i. (2019). Externe Qualitätssicherung: IQTIG veröffentlicht Qualitätsreport 2019 (Pressemitteilung). Abgerufen am 02.10.2020 von https://iqtig.org/dateien/pressemitteilungen/IQTIG_PM_Qualitaetsreport_2019_2019_09_25.pdf
 Kingreen, T., & Kühling, J. (2017). Rechtsfragen der externen Nutzung von Datensätzen aus der Leistungserbringung durch Vertragsärzte und Krankenhäuser (Rechtsgutachten). Abgerufen am 02. 10. 2020 von https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/Projekte/43_Weisse_Liste/VV_Rechtsgutachten_Datennutzung_Kingreen_Ku_hling.pdf
 Kumpunen, S., Trigg, L., & Rodrigues, R. (2014). Public reporting in health an long-term care to facilitat provider choice. Kopenhagen: WHO Regional Office for Europe. Abgerufen am 02. 10. 2020 von https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/263540/Public-reporting-in-health-and-long-term-care-to-facilitate-provider-choice-Eng.pdf
 Reuter, B. (2020). Public Reporting in der ambulanten Versorgung (Expertise zur rechtlichen Umsetzung). Abgerufen am 02.10.2020 von <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/public-reporting-in-der-ambulanten-versorgung>
 Schwenk, U. & Schmidt-Kaehler, S. (Januar 2016). SPOTLIGHT Gesundheit: Public Reporting – Transparenz über Gesundheitsanbieter erhöht Qualität der Versorgung. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung. Abgerufen am 02. 10. 2020 von <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/spotlight-gesundheit-012016>
 Stjepanovic, J., & Etgeton, S. (2018). Jeder Vierte fürchtet, wegen fehlender Infos nicht den richtigen Arzt zu finden. Abgerufen am 02.10.2020 von <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/themen/aktuelle-meldungen/2018/mai/jeder-vierte-fuerchtet-wegen-fehlender-infos-nicht-den-richtigen-arzt-zu-finden/>

Initiativen und Institutionen, die sich um ein unabhängiges Public Reporting bemühen, frei zugänglich gemacht werden. Dabei geht es konkret um folgende Schritte:

- Bundesarztregister für Public Reporting öffnen und ergänzen**
 Informationen, die derzeit von der KBV im Bundesverzeichnis der Vertragsärzte (§ 293 Abs. 4 SGB V) zusammengeführt werden, eignen sich als Grundlage für das Public Reporting über niedergelassene Ärzte. Ein um irrelevante Daten bereinigter Auszug aus dem Verzeichnis sollte durch berichtsrelevante Informationen zum Qualifikations- und Leistungsspektrum (z.B. KV-Genehmigungen) ergänzt werden. Der Datensatz dieses konsolidierten Arztverzeichnisses wäre von der jeweiligen KV nach einem vorgegebenen Format an die zu benennende Datenstelle zu übermitteln.
- Abrechnungsdaten für das Public Reporting nutzen**
 Die von den Kassenärztlichen Vereinigungen erhobenen Abrechnungsdaten (§ 295 SGB V) geben Auskunft über das konkrete Leistungsprofil des jeweiligen Arztes. Diese Daten sollten mit entsprechenden Diagnosen leistungserbringerbezogen, aber ohne Versichertenbezug, an die Datenstelle übermittelt und für das Public Reporting zur Verfügung gestellt werden.
- Datenmanagement und institutionelle Verortung verbindlich regeln**
 Per Gesetz oder Rechtsverordnung wäre eine neutral agierende Datenstelle zu benennen bzw. neu einzurichten, die die entsprechenden Daten zusammenführt und dem Public Reporting zur Verfügung stellt. Dabei wäre auch das Verfahren der Übermittlung, Zusammenführung und diskriminierungsfreien Verfügbarmachung der Daten im Sinne eines niedrighwelligen unabhängigen Public Reporting verbindlich zu regeln. <<

Public reporting on medical practices – Quality transparency for patients by use of routine data

In contrast to the inpatient sector, there is no information available that is suitable for general public reporting about the services of resident doctors and their quality. The information for patients to exercise their right to choose a doctor could be easily improved without additional effort if already existing routine data on doctors, their practices and their services were made available. The data compiled by the National Association of Statutory Health Insurance Physicians in the Federal Medical Register – supplemented by some additional information – can serve as the basis for structured quality reporting on outpatient medical care. In addition, the statutory health insurance billing data provides meaningful information about the type, the scope and, within certain limits, the quality of the service provision. However, there is currently no appropriate legal and institutional framework to implement this.

Keywords

Public reporting, quality transparency, contract physicians, open data, routine data

Zitationshinweis

Etgeton, S., Schwenk, U., Strotbek, J.: „Public Reporting über Arztpraxen – Qualitätstransparenz für Patienten durch Nutzung von Routinedaten“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (01/21), S. 69-74; <http://doi.org/10.24945/MVF.01.21.1866-0533.2282>

Autorenerklärung

Stefan Etgeton und Uwe Schwenk sind Mitarbeiter der Bertelsmann Stiftung. Diese ist Gesellschafterin der gemeinnützigen Weisse Liste GmbH, die wiederum Betreiberin des Transparenzportals Weisse Liste ist. Johannes Strotbek ist Mitarbeiter der Weisse Liste gGmbH.

Dr. phil. Stefan Etgeton

ist seit 2011 Senior Expert im Programm „Versorgung verbessern – Patienten informieren“ der Bertelsmann Stiftung. 1995 promovierte er an der Humboldt-Universität zu Berlin. Von 1996 bis 2000 war er Bundesgeschäftsführer der Deutschen AIDS-Hilfe. 2001 und 2002 hat er als Projektkoordinator an der Hochschule Magdeburg-Stendal gearbeitet. Von 2002 bis 2007 war er Gesundheitsreferent, von 2007 bis 2011 Fachbereichsleiter beim Verbraucherzentrale Bundesverband. Kontakt: Stefan.Etgeton@Bertelsmann-stiftung.de



Dipl.-Volksw. Uwe Schwenk

ist Director im Programm „Versorgung verbessern – Patienten informieren“ bei der Bertelsmann Stiftung. Nach dem Studium der Wirtschafts- und Sozialwissenschaften an der Universität Augsburg war er als Referent bei der Hypo-Bank tätig. Nach zweijähriger Selbständigkeit arbeitete er mehrere Jahre als Berater, anschließend bei der Berlin-Chemie AG. 2004 wechselte er zur Bertelsmann Stiftung; seit 2008 trägt er als Mitglied des erweiterten Führungskreises Programmverantwortung. Kontakt: Uwe.Schwenk@Bertelsmann-Stiftung.de



Johannes Strotbek MA

ist Senior Project Manager bei der Weissen Liste, einer Ausgründung der Bertelsmann Stiftung, und dort seit 2013 Experte für Qualitätsberichterstattung sowie Patienten- und Verbraucherinformation. Zuvor war er neun Jahre Unternehmensberater. Nach seinem Studium der Publizistik- und Kommunikationswissenschaften, Jura und Politik (Magister) arbeitete er im Medienbereich und leitete die Öffentlichkeitsarbeit der Landesarbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung in Berlin. Kontakt: Johannes.Strotbek@weisse-liste.de

