



# Qualitätstransparenz im deutschen Gesundheitswesen

## Positionspapier

Stand: 23.02.2022

### Inhalt

1. Hintergrund.....	2
2. Qualitätstransparenz im deutschen Gesundheitswesen – Status quo.....	2
2.1 Krankenkassen .....	2
2.2 Akutstationärer Bereich (Krankenhäuser, die nach § 108 SGB V zugelassen sind).....	3
2.3 Ambulanter (vertragsärztlicher) Bereich .....	4
2.4 Stationäre Pflege (SGB VI).....	5
2.5 Ambulante Pflegedienste .....	6
2.6 Heilmittelerbringer .....	6
2.7 Stationäre Rehabilitation .....	6
2.8 Hilfsmittel.....	7
2.9 Digitale Versorgungsangebote – DiGA und digitale Anwendungen der gesetzlichen Krankenkassen .....	7
3. Ausblick .....	8
Quellen .....	9
Autoren und Kontakt.....	10



## 1. Hintergrund

Das deutsche Gesundheitswesen ist komplex und selbst für Expertinnen und Experten kaum zu überblicken. Einem vergleichsweise einfachen Zugang für Bürgerinnen und Bürger steht ein vielschichtiges und wenig transparentes Gesundheitssystem gegenüber. Eine Grundvoraussetzung für eine adäquate Inanspruchnahme von Leistungen ist eine Qualitätstransparenz, die für Bürgerinnen und Bürger verständlich aufbereitet ist und einen einfachen Vergleich von Praxen, Kliniken und anderen Gesundheitsdienstleistern ermöglicht.

Kernpunkte dieses Positionspapiers sind:

- Status quo der Qualitätstransparenz in den unterschiedlichen Bereichen des Gesundheitswesens
- Was ist geplant?
- Was ist noch zu tun?
- Ausblick und Forderung nach einer Gesamtstrategie für Qualitätstransparenz

Die nachfolgenden Ausführungen zu den unterschiedlichen Bereichen des Gesundheitswesens unterscheiden sich in ihrem Umfang. Zu einzelnen Bereichen gibt es keine Vorarbeiten und Konzepte, daher sind diese etwas kürzer beschrieben.

## 2. Qualitätstransparenz im deutschen Gesundheitswesen – Status quo

Die OECD (2019) bescheinigt dem deutschen Gesundheitssystem „einen nahezu flächendeckenden Krankenversicherungsschutz mit einem umfassenden Leistungskatalog in der sozialen Krankenversicherung und einem guten Zugang zur Versorgung.“ Die Wahrnehmung in Deutschland dazu ist jedoch eine andere.

Die freie Arztwahl und umfangreiche Leistungen erfordern, dass sich Patienten oder Patientinnen über die Ausstattung und Qualität von Gesundheitseinrichtungen einfach und verständlich informieren können – gerade bei einem Angebot, das weltweit seinesgleichen sucht. So haben Patienten im 50-Kilometer Radius um Düsseldorf bspw. über 100 Kliniken zur Auswahl, die eine Knieprothese einsetzen oder Brustkrebs behandeln. Allein in Berlin haben Patientinnen und Patienten die Wahl zwischen tausenden niedergelassenen Ärzten.

Wer die Wahl hat, der hat vor allem dann die Qual, wenn es zu den angebotenen Gesundheitseinrichtungen und Leistungen kaum Informationen und aussagekräftige Vergleichsmöglichkeiten gibt.

### 2.1 Krankenkassen

Seit Jahren beanspruchen die Krankenkassen, als „Player“ in der Gesundheitsversorgung verstanden zu werden, statt nur als „Payer“. Es wäre daher nur folgerichtig, wenn sie über ihre aktive Rolle als Mitgestalter von Gesundheitsversorgung auch transparent berichten würden.



Aktuell wird beklagt, dass der Wettbewerb ausschließlich über den Zusatzbeitrag erfolgt. Das ist wenig überraschend, da dies die einzige Information ist, die für Versicherte leicht zugänglich ist. Wenn ein qualitätsbasierter Wettbewerb der Krankenkassen gewünscht ist, müssen qualitätsrelevante Informationen zugänglich gemacht und vergleichend dargestellt werden.

Daten und Informationen, die einen Wettbewerb um Qualität ermöglichen sind beispielsweise:

- Informationen über das Genehmigungs- und Widerspruchsverhalten sowie andere Verwaltungspraktiken der einzelnen Krankenkassen
- Service- und Beratungsangebote
- Leistungsangebote und -qualität (Satzungsleistungen, Selektivverträge usw.)

Veröffentlichungspflichten für Krankenkassen, wie sie bspw. im akutstationären Bereich seit über 15 Jahren Pflicht sind, sind unerlässlich und die notwendige Basis für eine aussagekräftige Vergleichbarkeit der Angebote von einzelnen Kassen für Bürgerinnen und Bürger. Nur so wäre eine differenzierte Wahl einer Krankenkasse jenseits des Zusatzbeitrags möglich.

Um den Qualitätswettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung nachhaltig zu fördern, sollten die jeweiligen Krankenkassen daher verpflichtet werden, mindestens einmal jährlich Informationen zu ihrem individuellen Genehmigungsverhalten zu veröffentlichen. Es sollte unter anderem transparent gemacht werden, wie viele Widersprüche von Versicherten bei nicht genehmigten Leistungen einer Krankenkasse erfolgreich waren. Zudem sollten die Kassen auch veröffentlichen müssen, wie viele Versicherte Widersprüche zurücknehmen. Gerade diese Kennzahl lässt Rückschlüsse auf den Druck zu, den Krankenkassen auf die Versicherten ausüben, um diese zur Rücknahme ihrer Widersprüche zu bewegen. Idealerweise werden diese Informationen in einem unabhängigen Online-Portal veröffentlicht.

Außerdem sollten die sog. Selektivverträge der Krankenkassen evaluiert und die Ergebnisse veröffentlicht werden. Ebenso sollte übersichtlich, verständlich und vergleichend über die Ergebnisse der Wirksamkeit von Disease-Management-Programmen (DMP) berichtet werden. Einzelne Akteure wie der *Verbraucherzentrale Bundesverband (VZBV)* fordern bereits ebenfalls eine Evaluationspflicht.

## **2.2 Akutstationärer Bereich (Krankenhäuser, die nach § 108 SGB V zugelassen sind)**

Kliniken sind seit 2005 verpflichtet, Qualitätsberichte zu erstellen. Seit Jahren werden diese Berichte für Klinikvergleiche genutzt, etwa bei der *Weissen Liste*. Allerdings wollten die Selbstverwaltungspartner diese anfangs nicht in maschinenlesbarer Form zugänglich machen.

Obwohl diese Form der Transparenz am weitesten entwickelt ist und als Vorbild für andere Sektoren fungieren kann, braucht es auch hier Weiterentwicklungen, bevor diese Berichte einen wirklichen Nutzen für Bürgerinnen und Bürger bieten können:

- Die Qualitätsberichte sind aktuell wenig am Bedarf der Nutzerinnen und Nutzer orientiert. So fehlen bspw. systematische Befragungen zu bereits vorhandenen Indikationsbereichen. Über Patient Reported Outcomes Measures (PROMs) und



Patient-Reported Experience Measures (PREMs) könnten Nutzer erfahren, wie andere Patienten die Ergebnis- und Prozessqualität einer Behandlung erlebt haben. Zudem könnten diese Informationen Kliniken eine bessere Datengrundlage bieten als selbst erhobene Qualitätsdaten.

- Des Weiteren sind für nahezu 75% aller stationären Eingriffe derzeit keinerlei Qualitätsinformationen vorhanden. Hier könnten sich Bürgerinnen und Bürger aktuell keinen Überblick über die Qualität der Einrichtungen verschaffen, selbst wenn sie wollten.
- Die in den Berichten enthaltenen Daten und Informationen sind selbst laiensprachlich übersetzt nicht aussagekräftig (Sander et al. 2015). Es sollten nur Informationen berichtet und dargestellt werden, die einen Bezug zur Versorgung für den Patienten haben.

Bei den Ergebnissen der Qualitätssicherung werden zum Teil über zehn Indikatoren angegeben. Deren Bedeutung ist Patientinnen und Patienten, teilweise aber sogar Expertinnen und Experten unklar. Ein Score oder Index für einzelne Bereiche wäre hilfreich, um Vergleichbarkeit zu ermöglichen. In einer Studie konnte gezeigt werden, dass bei einer Auswahl von fünf Kliniken nur 60% der Nutzer die beste Klinik identifizieren können (Emmert et al. 2014). Die Qualitätsberichte sind ein gutes Beispiel dafür, dass die Darstellung vieler unwesentlicher, nicht zielgerichteter und nicht aggregierter Daten das Gegenteil von Transparenz bewirken können.

### **2.3 Ambulanter (vertragsärztlicher) Bereich**

Im ambulanten Bereich gibt es bislang keine Berichterstattung oder sonstige Formen des auf wissenschaftlich fundierten Qualitätsindikatoren basierenden Public Reportings. Andere Länder sind hier deutlich weiter und stellen Informationen zu Leistungen und Qualität im niedergelassenen Bereich zur Verfügung. Auch Versicherte in Deutschland wünschen sich Informationen über Ausstattung, Qualität und Hygiene im ambulanten Bereich. 94% der Bürger wünschen sich Informationen zu Fachkenntnissen eines Arztes, wie eine repräsentative Befragung (Etgeton & Weigand 2018) zeigt. Einzig sog. Arztbewertungsportale stellen eine Informationsquelle dar, die von vielen Bürgerinnen und Bürgern inzwischen genutzt wird (Emmert et al. 2018). Allerdings haben diese Portale zahlreiche Schwachstellen; so erlauben die dort aufgeführten Ergebnisse von Zufriedenheitsbefragungen beispielsweise nur einen sehr schwachen Rückschluss auf die medizinische Qualität von Ärzten bzw. Arztpraxen.

Vier von fünf Befragten wollen Behandlungsergebnisse zu bestimmten Erkrankungen in Arztsuchen sehen. Das bedeutet: Auch hier könnte der Einsatz von Patient Reported Experience Measures (PREMs) zur Ermittlung der Qualität der Behandlungsprozesse aus Patientensicht und der Einsatz von Patient Reported Outcomes Measures (PROMs) zur Erfassung der Ergebnisqualität (z. B. bei Behandlungsprogrammen wie DMP) eine wichtige Orientierung schaffen.

Mit dem Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz (DVPMG) hat die Bundesregierung im ersten Halbjahr 2021 einen kleinen Schritt in Richtung Qualitätstransparenz gemacht. Zukünftig muss die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) neben Stammdaten auch Angaben über qualitätsgesicherte Leistungen bereitstellen. Allerdings möchte man den Wettbewerb von Portalen untereinander verhindern. Die gesetzliche Grundlage verpflichtet die KBV nur zur Datenlieferung an das BMG für die Darstellung auf [www.gesund.bund.de](http://www.gesund.bund.de)



Ausgerechnet in einem Digitalgesetz wurde aber nicht daran gedacht, dass außerdem auch Daten über die digitale Ausstattung von Praxen wichtig sind. Daher bleibt verborgen, ob Praxen Videosprechstunden, Online-Terminvereinbarungen, elektronische Datenübermittlung usw. anbieten. Diese Informationen bieten gewerbliche Portale bereits seit mehreren Jahren an. Auch verpflichtende Angaben zur apparativen Ausstattung wären wünschenswert gewesen. So müssen Patientinnen oder Patienten bspw. auch weiterhin Praxen abtelefonieren, wenn sie bestimmte bildgebende Verfahren oder andere apparative, ausstattungsbedingte Untersuchungen oder Behandlungen von Fachärztinnen oder Fachärzten benötigen.

## 2.4 Stationäre Pflege (SGB VI)

Nach einer in Fachszene und Öffentlichkeit stark kritisierten ersten Version des Pflege-TÜVs wurde 2018 ein Neuaufschlag gemacht, der Hoffnung macht. Die 2019 in Kraft getretenen Prüfungen der „in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 SGB XI für die vollstationäre Pflege“ sind nun deutlich aussagekräftiger und „schärfer“.

Die Pflegeheime erheben seit Oktober 2019 halbjährlich interne Qualitätsdaten zur Versorgung ihrer Bewohnerinnen und Bewohner und übermitteln diese an die unabhängige Datenauswertungsstelle (DAS). Die DAS prüft die Daten auf Plausibilität, berechnet aus den Daten der Einrichtung Indikatorenergebnisse und vergleicht diese mit bundesweiten Indikatorenergebnissen.

Aufgrund der Corona-Pandemie ist das Verfahren jedoch bislang nicht vollständig zum Einsatz gekommen, obwohl genau in dieser Zeit Qualitätsprüfungen besonders wichtig gewesen wären.

Ergebnisse der auf Landesebene von Aufsichtsbehörden durchzuführenden Prüfungen von Pflegeheimen werden in den meisten Bundesländern nicht veröffentlicht. Dadurch bleiben Angaben zum tatsächlichen Personaleinsatz und zu möglichen schwerwiegenden Mängeln einzelner Heime verborgen. Die Suche nach einem geeigneten Pflegeheim wird durch diese fehlenden wichtigen Vergleichs- und Auswahlkriterien erschwert.

Eine aktuelle Untersuchung der Bertelsmann Stiftung (Strotek 2022) zeigt die Heterogenität bei der Qualitätsdarlegung auf Länderebene auf. Nur vier Bundesländer berichten demnach auch außerhalb der Einrichtung über die Qualität der Pflegeheime. In fünf Bundesländern besteht keine gesetzliche Verpflichtung zur Qualitätsdarlegung. In weiteren fünf Bundesländern erfolgt trotz gesetzlicher Grundlage keine Veröffentlichung der Prüfergebnisse.

Bundesweite Portale, wie etwa der *Pflegelotse*, bleiben hinter den jetzt schon möglichen Qualitätsangaben zurück. So ermöglichen die verfügbaren Websites zwar eine Suche nach Pflegeeinrichtungen und berichten über strukturelle Eigenschaften, allerdings weisen sie keine Informationen zur pflegerischen Ergebnisqualität auf (Kast et al. 2021). Lediglich Kosten werden für unterschiedliche Pflegegrade dargestellt. Eine Auswahl anhand von Schwerpunkten ist nicht möglich. Bei der Pflegeheimsuche der *Weissen Liste* sind neben Kosten auch Pflegeschwerpunkte auswählbar.

Sobald der „neue“ Pflege-TÜV umgesetzt wird, sollte er auf die Praxistauglichkeit für den Qualitätsvergleich überprüft und bei Bedarf weiterentwickelt werden.



## 2.5 Ambulante Pflegedienste

Im Bereich der ambulanten Pflege sind bislang keinerlei Informationen zur Qualität der Leistungen verfügbar, die eine fundierte Auswahl von Pflegediensten ermöglichen könnten. Pflegebedürftige und ihre Angehörigen sind auf „trial and error“ und Hörensagen angewiesen – bei circa 15.000 Pflegediensten (GBE 2019) kein leichtes Unterfangen. Ein Vergleich anhand von Befragungs- und Qualitätsdaten würde eine fundierte Auswahl ermöglichen. Dass keinerlei Qualitätsmessung oder -kontrolle in diesem Bereich stattfindet, ist nicht nachvollziehbar.

Der Pflegelotse vom *Verband der Ersatzkassen e. V. (VdEK)* bietet leider keinen großen Mehrwert, da nach keinerlei Kriterien gefiltert oder gesucht werden kann und daher die Auswahl nach Qualitätsmerkmalen nicht möglich ist.

Auch wenn die Entwicklung von Qualitätsindikatoren in der Pflege als schwierig gilt (Ergebnis von Büscher et al. 2018 zur Beauftragung im Qualitätsausschuss Pflege), ist nicht nachvollziehbar, weshalb Strukturmerkmale nicht dargestellt werden sollten.

Die bereits heute verfügbaren Daten, wie sie im Ratgeber vom *Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP 2021)* genannt werden, wären für die Auswahl eines geeigneten Pflegedienstes hilfreich.

## 2.6 Heilmittelerbringer

Vergleichbare Transparenz im Heilmittelbereich besteht aktuell nicht. Auch hier sind Bürgerinnen und Bürger darauf angewiesen, einzelne Anbieter z. B. über das Internet zu finden und auf Empfehlungen im privaten Umfeld zu setzen. Vergleichende Informationen zu Qualifikation und Fortbildungen sowie zu Schwerpunkten und Ausstattung der Praxen könnten eine informierte Auswahl erleichtern. Ergebnisse von Zufriedenheitsbefragungen wären ähnlich wie im niedergelassenen Bereich ein weiteres geeignetes Merkmal, um mehr Orientierung zu bieten. Zudem sollten der Leistungsumfang und Strukturqualitätsmerkmale der Heilmittelerbringer (Qualifikationen) in stationären Rehaeinrichtungen ausgewiesen werden.

## 2.7 Stationäre Rehabilitation

Im Bereich der stationären Rehabilitation besteht ein Recht auf Auswahl der Einrichtung. Wenngleich der Kostenträger bei der Bewilligung den Versicherten Zeit und Ort der RehaMaßnahme mitteilt, kann vom Wunsch- und Wahlrecht Gebrauch gemacht werden. Versicherte müssen nicht die von der Krankenkasse mitgeteilte Einrichtung auswählen.

Wie sieht die Transparenz bei den über 1.126 Rehakliniken (statistisches Bundesamt 2017) in Deutschland aus? Im Bereich der Rehakliniken dominieren mit über 50% private Träger. Daher ist es nicht verwunderlich, dass bei der Suche nach Rehakliniken kommerzielle Portale wie *Qualitätskliniken.de* oder *Klinikbewertungen.de* eine wichtige Rolle einnehmen (Patzelt et al. 2021).

Der im Februar 2021 in Kraft getretene §15 Absatz 9 Nr. 4 SGB VI verpflichtet die *Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV)*, die Daten der externen Qualitätssicherung zu veröffentlichen und den Trägern der Rentenversicherung als Grundlage für die Inanspruchnahme einer Rehabilitationseinrichtung sowie den Versicherten in einer wahrnehmbaren Form zugänglich zu machen. Dieses Portal muss bis zum 30. Juni 2023



veröffentlicht werden. Diese Regelung ist zu begrüßen, es bleibt aber abzuwarten, wie genau die DRV Bund diese Aufgabe umsetzt.

Da dies nur die Einrichtungen der *Deutschen Rentenversicherung* betrifft, wird die aktuelle Regelung dazu führen, dass Nutzer nicht trägerübergreifend Vergleiche anstellen können. Ein Vergleichsportal, das – wie die Weisse Liste – Einrichtungen trägerunabhängig, verständlich und nutzerfreundlich im akutstationären Bereich darstellt, wäre aus Nutzersicht wünschenswert. Aktuell verfügbare Portale oder soziale Medien berichten derzeit ebenfalls nicht über medizinisch gesicherte Aussagen zur Qualität der Einrichtungen, sondern eher über Patientenerfahrungen oder strukturelle Parameter (Patzelt et al. 2021).

## 2.8 Hilfsmittel

Im Bereich der Hilfsmittel gibt es das Hilfsmittel-Verzeichnis des GKV-Spitzenverbands. Dieses Verzeichnis listet aber lediglich Produktinformationen. Eine Bewertung oder ein Vergleich von Qualitätsmerkmalen fehlt.

Die Krankenkassen sind dazu verpflichtet, die mit Herstellern abgeschlossenen Verträge im Bereich Hilfsmittel auch für Mitglieder anderer Krankenkassen zu veröffentlichen. Das *Bundesamt für soziale Sicherung* (BAS) weist darauf hin, dass Krankenkassen dieser Verpflichtung nicht oder nur teilweise nachkommen. Die derzeitigen Bemühungen um mehr Transparenz werden von Seiten der Krankenkassen nicht unterstützt.

## 2.9 Digitale Versorgungsangebote – DiGA und digitale Anwendungen der gesetzlichen Krankenkassen

Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) und „Gesundheits-Apps“/digitale Anwendungen der Krankenkassen (als Satzungsleistung) sind relativ neue Versorgungsangebote. Seit Oktober 2020 gibt es das DiGA-Register vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). Das Register enthält leider aber nur relativ wenige Informationen: Geradezu als Sinnbild für mangelnde Patientenorientierung werden dort nur für Laien unverständliche ICD-Codes angezeigt. Dieser Mangel wurde an das BfArM kommuniziert, das Verbesserungen versprochen hat. Bei einer zunehmenden Anzahl von DiGA für gleiche Indikationen erfordert die Darstellung auch unterscheidbare Funktions- und Qualitätsmerkmale, damit eine qualifizierte und adäquate Auswahl möglich ist (Weigand 2021).

Bei Gesundheits-Apps, die von Krankenkassen als Satzungsleistungen angeboten werden, sollten die gleichen Qualitätsmerkmale zu Grunde gelegt werden wie bei DiGA. Es ist aus Verbrauchersicht nicht nachvollziehbar, weshalb hier mit zweierlei Maß gemessen werden sollte – zumal ein Test von C<sup>t</sup> und NDR (Wischnjak 2021) ergab, dass bei 22 getesteten Apps von Krankenkassen zwei als „unsicher“ eingestuft wurden.



### 3. Ausblick

Über die verschiedenen Sektoren und Versorgungsbereiche hinweg gibt es in Deutschland bislang keine Gesamtstrategie für Qualitätstransparenz im Gesundheitswesen. Bürgerinnen und Bürger sollten die Möglichkeit haben, in jedem Bereich des Gesundheitswesens eine fundierte Auswahl von Produkten und Dienstleistungen treffen zu können. Das ist notwendig, um eine geeignete Leistung (bspw. eine spezialisierte Klinik für einen Eingriff) oder ein hochwertiges Produkt (bspw. ein Hörgerät) auf der Basis von Qualitäts- und Servicekriterien auswählen zu können.

Die Voraussetzung dafür ist eine gute Datenlage, ein niedrighschwelliger Zugang und vor allem auch eine intuitive und aussagekräftige Vergleichsmöglichkeit.

Neben der fehlenden Orientierungsmöglichkeit entgeht Politik und Gesellschaft aktuell auch eine Kontroll- und Sanktionsmöglichkeit bei Verstößen, wenn über die Qualität von Gesundheitsdienstleistungen und -produkten nicht oder nicht ausreichend berichtet wird.

Ein Wettbewerb um die beste Qualität bewirkt nicht nur, dass vergleichbare und aussagekräftige Informationen für Verbraucherinnen und Verbraucher vorliegen, sondern dass diese Daten von Gesundheitseinrichtungen zu Qualitätsvergleich und -verbesserung (Benchmarking) genutzt werden können.

Eine Gesamtstrategie für Qualitätstransparenz würde die Transparenzbemühungen in Deutschland insgesamt unterstützen und vorantreiben. Sie würde ebenso dazu führen, dass von Best Practice-Ansätzen profitiert wird und das „Stocken“ in den einzelnen Bereichen überwunden werden könnte. In eine Gesamtstrategie sollten auch internationale Ansätze, Erkenntnisse und Umsetzungen einfließen.

Dieses Positionspapier gibt einen Anstoß für eine solche Gesamtstrategie und lädt zur Mitwirkung und Weiterentwicklung ein.





## Quellen

A. Büscher, K. Wingenfeld, D. Wibbeke, F. Loetz, M. Rode, E.-M. Gruber, D. Stomberg. (2018) Entwicklung der Instrumente und Verfahren für Qualitätsprüfungen nach §§ 114 ff. SGB XI und die Qualitätsdarstellung nach § 115 Abs. 1a SGB XI in der ambulanten Pflege. Abgerufen am 16.12.2022 <https://www.gs-qa-pflege.de/wp-content/uploads/2018/11/Verfahren-Qualita%CC%88t-ambulant-Abschlussbericht-HSOS-IPW-samt-Anha%CC%88ngen-13.-September-2018.pdf>

Emmert M., Hessemer S, Meszmer N, Sander U. (2014) Do German hospital report cards have the potential to improve the quality of care? Health Policy.118(3),386–95.

Emmert M., Meszmer N. (2018) Eine Dekade Arztbewertungsportale in Deutschland: Eine Zwischenbilanz zum aktuellen Entwicklungsstand. Das Gesundheitswesen, 80(10), 851 - 858

Etgeton S., Weigand M. (2018) SPOTLIGHT Gesundheit: Public Reporting über Arztpraxen. Open-Data-Politik schafft mehr Transparenz für Patienten. Bertelsmann Stiftung. Abgerufen am 22.02.2022 <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/public-reporting-ueber-arztpraxen>

GBE. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. (2019) Abgerufen am 21.02.2022 [https://www.gbe-bund.de/gbe/pkg\\_isgbe5.prc\\_menu\\_olap?p\\_uid=gast&p\\_aid=21033040&p\\_sprache=D&p\\_help=0&p\\_i ndnr=571&p\\_indsp=&p\\_ityp=H&p\\_fid=](https://www.gbe-bund.de/gbe/pkg_isgbe5.prc_menu_olap?p_uid=gast&p_aid=21033040&p_sprache=D&p_help=0&p_i ndnr=571&p_indsp=&p_ityp=H&p_fid=)

GKV-Spitzenverband. (2019) QUALITÄTSPRÜFUNGS-RICHTLINIEN FÜR DIE VOLLSTATIONÄRE PFLEGE (QPR vollstationär) Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes<sup>1</sup> über die Durchführung der Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 SGB XI für die vollstationäre Pflege vom 17. Dezember 2018 Abgerufen am 22.02.2022. [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien\\_vereinbarungen\\_formulare/richtlinien\\_und\\_grundsaeetze\\_zur\\_qualitaetssicherung/qpr\\_2021\\_stat/20190522\\_Pflege\\_QP\\_R\\_vollstationaer.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien_vereinbarungen_formulare/richtlinien_und_grundsaeetze_zur_qualitaetssicherung/qpr_2021_stat/20190522_Pflege_QP_R_vollstationaer.pdf)

Kast, K., Emmert, M., & Maier, C. B. (2021) Public Reporting über stationäre Pflegeeinrichtungen in Deutschland: Eine Bestandsaufnahme und Bewertung der Qualitätsinformationen. Das Gesundheitswesen, 83(10), 809-817.

OECD / European Observatory on Health Systems and Policies (2019), Deutschland: Länderprofil Gesundheit 2019, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. Abgerufen am 22.02.2022 <https://www.oecd.org/publications/deutschland-landerprofil-gesundheit-2019-4ecf193f-de.htm>

Patzelt, C., Kiss, S., Hopf, F., Biedermann, I., Schindler, A., Emmert, M., & Sander, U. (2021). Rehabilitandenzufriedenheit in den sozialen Medien und auf Online-Bewertungsportalen. Die Rehabilitation.

Sander, U., Kolb, B., Christoph, C., Emmert, M. (2015) Verständlichkeit der Texte von Qualitätsvergleichen zu Krankenhausleistungen. Das Gesundheitswesen, 78(12), 828–834.

Strotbek, J. (2022) SPOTLIGHT Gesundheit: Qualitätstransparenz in Pflegeheimen. Bertelsmann Stiftung. Abgerufen am 12.02.2022 <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/spotlight-gesundheit-qualitaetstransparenz-in-pflegeheimen>

Weigand, M. (2021) DiGA aus Patientensicht. In: Jorzig A, Matusiewicz D (Hg.), Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA). Rechtliche Grundlagen, digitale Technologien und digitale Köpfe, Heidelberg, S. 85-94

Wischnjak, D. (2021) Reingeschaut. Krankenkassen-Apps im Hacker-Labor. Abgerufen am 19.02.2022. <https://www.heise.de/select/ct/2021/1/2031818214369116891>

Zentrum für Qualität in der Pflege. (2021) Ambulante Pflege. Gute professionelle Pflege erkennen 6., überarbeitete Auflage, Berlin. Abgerufen am 18.01.2021. <https://www.zqp.de/wp-content/uploads/ZQP-Ratgeber-AmbulantePflege.pdf>



## **Autoren und Kontakt**

Marcel Weigand, Leiter Kooperationen und digitale Transformation bei der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD)

Thorben Krumwiede, Geschäftsführer der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD)

Univ.-Prof. Dr. Martin Emmert, MHMM, Universität Bayreuth, Institut für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften

Kontakt: [marcel.weigand@patientenberatung.de](mailto:marcel.weigand@patientenberatung.de)