

# Qualitätstransparenz der Krankenkassen



Auszug aus: Knieps | Klemm | Demmler (Hrsg.) BKK Kundenreport 2023. Qualität von Krankenkassen.  
ISBN: 978-3-95466-815-1. Urheberrechtlich geschützt.

© MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2023



# Qualitätstransparenz als Beitrag zu mehr Nachhaltigkeit im Hinblick auf Klimaschutz und Versorgung

Maria Klein-Schmeink

Gute Versorgung für alle, an die spezifischen Bedarfe angepasst

Wettbewerb im Gesundheitswesen muss das Ziel verfolgen, die Versorgung im Interesse der Patientinnen und Patienten zu verbessern. Krankenkassen haben durch die Gestaltung der Versorgung einen enormen Einfluss darauf, ob die Gesundheit ihrer Versicherten erhalten oder verbessert wird. Das gelingt bei Weitem nicht immer. Gerade Menschen mit chronischen Krankheiten oder Behinderungen oder ältere und pflegebedürftige Menschen, die besonders auf eine gute Versorgung angewiesen sind, haben häufig große Probleme, ohne übermäßigen Kraftaufwand die für sie angemessene und notwendige Versorgung zu erhalten. Die Ursachen dafür sind vielfältig und an vielen Stellen im Gesundheitssystem zu suchen. Ebenso vielfältig müssen die Lösungsansätze sein. Ein zentraler Ansatzpunkt findet sich bei den Krankenkassen.

Oft müssen gerade Menschen mit hohem Versorgungsbedarf regelrecht um ihre Versorgung kämpfen. Beispielsweise sorgen überlange und komplizierte Antragsverfahren bei Kindern mit Mehrfachbehinderungen dafür, dass eine dem jeweiligen Entwicklungsstand angepasste Versorgung nicht rechtzeitig genehmigt wird und die Familien zu immer neuen ermüdenden Antragsverfahren gezwungen sind.

Menschen mit Behinderungen benötigen in vielen Fällen Medikamente zur Vermeidung von behinderungsbedingten Folge- und Begleiterkrankungen, deren Kosten nicht von der ge-

setzlichen Krankenversicherung (GKV) übernommen werden. Die Hilfsmittelversorgung von Menschen mit Behinderungen erfolgt mitunter weder zeitnah noch transparent. In vielen Fällen müssen Menschen mit Behinderungen Zuzahlungen leisten, auch wenn das benötigte Hilfsmittel medizinisch notwendig und wirtschaftlich ist.

Die fehlende Erfassung und Transparenz darüber, wie sich die gesetzlichen Krankenkassen für bestimmte Versichertengruppen wie u. a. Menschen mit Behinderungen engagieren, sorgt im Qualitätswettbewerb der Krankenkassen nach wie vor dafür, dass es für die gesetzlichen Krankenkassen zu wenig Anreize gibt, sich durch eine besonders gute Versorgung von Menschen mit hohem Versorgungsbedarf hervorzuheben. Das ist paradox, denn ganz besonders für diese Menschen sollte unser Gesundheitswesen da sein.

Kassenwettbewerb ist immer noch zu sehr auf Preise fixiert

Die IGES-Studie „Leistungsbewilligungen und -ablehnungen durch Krankenkassen“ von 2017 [1] hat gezeigt, dass vor allem Anträge auf Hilfsmittel sowie auf Leistungen der Vorsorge und Rehabilitation überdurchschnittlich häufig abgelehnt werden. Chronisch kranke und behinderte Menschen sind entsprechend besonders von Leistungsablehnungen betroffen. Doch gerade diese vulnerablen Versichertengruppen sind auf eine gute Versorgung angewiesen.

Da keine Krankenkasse aufgrund ihrer Versichertenstruktur im Wettbewerb benachteiligt werden soll, gibt es, vereinfacht gesagt, höhere Zuweisungen für kränkere Versicherte. Es soll aber auch keine einfache Kostenerstattung stattfinden, damit die Kassen untereinander konkurrieren und Versicherte sich die beste Kasse aussuchen können. Entsprechend gibt es keine Zweckbindung für die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds über den Morbi-RSA. Leider hat dieser Mechanismus nicht dazu geführt, dass Kassen tatsächlich miteinander im Wettbewerb um die beste Versorgung stehen. Weiterhin findet der Wettbewerb fast nur über die Höhe des Zusatzbeitrags sowie über Angebote wie Satzungsleistungen und Bonusprogramme statt. Entsprechend stehen die Krankenkassen unter einem gewissen Sparszwang, um sich im Wettbewerb behaupten zu können. Gute Versorgungsqualität zahlt sich für sie nicht aus.

Das ist schon in guten Zeiten schwierig. Davon kann aktuell jedoch keine Rede sein. Die Zeiten sind ruppig: Pandemie, Krieg, Klimawandel und Inflation drücken zusätzlich zum demografischen Wandel auf die Kosten. Die zunehmend angespannte finanzielle Situation der Krankenkassen dürfte sich durch den politisch gewollten – und leider notwendigen – Rücklagenabbau, der in den letzten Jahren stattgefunden hat, noch verschärfen.

Und doch, es bewegt sich was

Mit den Krisen der letzten Jahre ist aber auch das Bewusstsein für die Herausforderungen gewachsen. Der demografische Wandel ist nicht allein ein finanzielles Problem. Um ihn angemessen bewältigen zu können, braucht es neue Ansätze für eine gute Versorgung. Auch für den Klimawandel gilt: Verdrängen lässt er sich nicht mehr, aufhalten nur bedingt. Klimawandel und Gesundheit hängen eng zusammen, das dringt allmählich in das kollektive Bewusstsein vor. Besonders augenfällig wird das

auch bei uns, in einer klimatisch noch gemäßigten Region, durch die Gefährdung von alten und kranken Menschen durch die zunehmenden Hitzewellen.

Viele Krankenkassen – und hier möchte ich die Kassen der Betriebskrankenkassen-Familie besonders hervorheben – haben sich auf den Weg zu mehr Qualitätstransparenz und zu mehr Nachhaltigkeit gemacht. Die Siemens-Betriebskrankenkasse (SBK) beispielsweise legt seit 2016 einen jährlichen Transparenzbericht vor. Eine Besonderheit ist hier die jährliche Versichertenbefragung, deren Ergebnisse ebenfalls veröffentlicht werden. Mit dem BKK Kundenreport kommt ein weiteres Element hinzu: eine repräsentative Befragung von Versicherten über die Versorgung durch ihre Krankenkasse; dabei wurden auch privat Versicherte befragt. Hier geht es nicht um ein Kassenranking, auch nicht im Hinblick auf Service oder Versorgungsqualität, sondern um das Handeln von Kassen aus Versicherten- und Patientenperspektive sowie um die Anforderungen und Wünsche, die sich daraus ableiten. Anhand der Aufschlüsselung der Antworten im Hinblick auf Alter, Krankheitszustand, Familienstand, Bildungsgrad etc. der Befragten ergeben sich für die Kassen wertvolle Hinweise, was sie tun können, um die Versorgung für bestimmte Versicherten Gruppen zu verbessern.

Grüne machen sich schon lange für Qualitätstransparenz stark

Wir, die grüne Bundestagsfraktion, haben in der letzten Wahlperiode einen Antrag zu mehr Qualitätstransparenz und Anreize für eine bessere Versorgung im Kassenwettbewerb eingebracht. Und wir haben dafür gesorgt, dass das Thema im Koalitionsvertrag verankert wurde. Dort heißt es:

*„Die gesetzlichen Krankenkassen sollen ihre Service- und Versorgungsqualität zukünftig anhand von einheitlichen Mindestkriterien offenlegen.“*

Im GKV-Finanzstabilisierungsgesetz konnten wir verankern, dass bis Herbst 2023 Vorschläge für mehr Qualitätstransparenz bei den Krankenkassen vorgelegt werden.

### Worauf es uns bei der Qualitätstransparenz besonders ankommt – Instrumente für mehr Qualität und Transparenz

Eine gute Versorgungsqualität, guter Service, ein fairer Umgang mit Leistungsanträgen, Nachhaltigkeit – wenn Kassen sich in diesen Bereichen engagieren – muss das auch für alle Versicherten erkennbar sein, und zwar am besten auf den ersten Blick. Sie müssen Krankenkassen vergleichen können, sie müssen wissen, bei welcher Kasse sie gut versorgt sind und auch bei welcher Kasse es Defizite gibt. Statt wie bisher nur Preise und Satzungsleistungen vergleichen zu können, müssen künftig leicht verständliche und gut vergleichbare Informationen über das Verhalten aller Kassen bei der Leistungsgewährung, beim Service sowie zur Qualität der Versorgung zur Verfügung stehen.

**Es braucht ein System sowohl zur Messung als auch zur Bewertung der Versorgungsleistung und -qualität.**

Dazu gibt es viele Ideen, die Bewertung kann sich beispielsweise auf die Erfassung von Strukturqualitätsmerkmalen wie dem Engagement für bestimmte Versichertengruppen wie sozial Benachteiligte oder Menschen mit Behinderung stützen. Wichtig ist der Umgang mit Leistungsanträgen. Wie viele und welche Leistungen wurden sofort bewilligt, wie viele Widersprüche gab es, wie viele Leistungen wurden nach Widerspruch bewilligt, wie viele Klagen vor dem Sozialgericht gab es usw.? Die Angaben sollten so differenziert sein, dass etwa Menschen mit chronischen Krankheiten oder Menschen mit Behinderungen auch erkennen können, welche Kasse etwa nur minderwertige Hilfsmittel finanziert.

Wichtig ist uns auch die Versichertenperspektive, die sich durch Versichertenbefragungen erheben lässt. Hier könnte die Befragung des Kundenreports Pate stehen, allerdings dieses Mal mit dem Ziel, die Zufriedenheit mit den einzelnen Krankenkassen zu messen.

Uns ist bewusst, dass es nicht ganz einfach ist, solche Kriterien in leicht vergleichbare „Kennzahlen“ oder Ähnliches zu übersetzen. Gleichwohl müssen all diese Informationen verbrauchergerecht aufbereitet werden, sodass Versicherte die Chance erhalten, Krankenkassen anhand der Kriterien, die für sie relevant sind, miteinander zu vergleichen. Ein solches Portal muss unabhängig und qualitätsgesichert sein. Vorstellbar wäre etwa, das Transparenzportal bei der Patientenstiftung anzusiedeln, die auch der Unabhängigen Patientenberatung (UPD) ein neues Zuhause bieten wird. Aber auch an allen anderen Stellen, an denen Patientinnen und Patienten sowie Versicherte im Netz nach evidenzbasierten Gesundheitsinformationen suchen, sollten diese Auswertungen verfügbar sein.

Damit das alles funktioniert, muss natürlich gewährleistet sein, dass alle Kassen ihre Daten auch veröffentlichen. Heute passiert schon einiges, aber auf rein freiwilliger Basis. Darum müssen alle Krankenkassen dazu verpflichtet werden, bestimmte Daten zu veröffentlichen. Dazu können dann beispielsweise auch die Treibhausgasemissionen gehören.

### Dimensionen der Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen

Das Thema Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen haben wir mit in die Koalitionsverhandlungen genommen, konnten es allerdings letztendlich nicht im Koalitionsvertrag verankern. Möglicherweise wäre das inzwischen angesichts massiv gestiegener Energiekosten heute anders. Umso mehr freut es uns, wenn der BKK Dachverband Nachhaltigkeit nun selbst zum Thema macht. Der Gesundheitssektor in Deutschland ist Mitverursacher und Leidtragender der Klimakrise zugleich.

Die Krankenkassen verursachen zwar nur einen geringen Anteil an den im Gesundheitssektor anfallenden Treibhausgasemissionen, gleichwohl können auch sie einen wesentlichen Beitrag zur Nachhaltigkeit leisten, etwa durch Investitionen, die ihre Gebäude klimaneutraler machen und durch ein grünes Beschaffungswesen.

Zugleich ist die Klimakrise eine der größten Gefahren für die Gesundheit: Hitzewellen und andere Extremwetterereignisse, aber auch Allergien und Tropenkrankheiten nehmen zu, auch bei uns. Auch Pandemien werden durch den Klimawandel häufiger auftreten. Die Herausforderungen an die gesundheitliche Versorgung durch den demografischen Wandel, technischen Fortschritt und finanzielle Engpässe sind schon jetzt riesengroß. Der Klimawandel wird sie noch vergrößern. Auch darum müssen wir alles daransetzen, für mehr Nachhaltigkeit, mehr Klimaschutz zu sorgen. Dem Gesundheitswesen, auch den Krankenkassen, steht es gut an, hier voranzugehen. Das kann auch ein Wettbewerbsfaktor sein. Ich bin gespannt, wie sich dieser Aspekt in der Versichertenbefragung niederschlägt.

Aber auch eine gute Versorgung ist nachhaltig – in dem Sinn, dass sie sowohl auf der individuellen Ebene für die betroffenen Menschen als auch gesamtgesellschaftlich negative Folgen wie persönliches Leid und hohe Krankheits- und Unterbringungskosten verhindern kann.

#### Darüber hinaus – Ausblick

Transparenz und Vergleichbarkeit sind wichtig, ebenso wie Nachhaltigkeit. Wir haben aber – wie eingangs geschildert – auch immer den Versorgungsaspekt im Blick. Aufgrund der mangelnden Zweckbindung sind die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds keine Garantie dafür, dass diese tatsächlich für eine qualitativ hochwertige und geeignete Versorgung ausgegeben werden. Ich kann mir vorstellen, dass

Kassen, die zum Beispiel in eine gute Versorgung für behinderte Menschen oder in leitliniengerechte Therapien bei bestimmten Krankheiten investieren, für ihr Engagement belohnt werden. Regionale Versorgungsmodelle, die gezielter und patientenorientierter gestaltet werden können, weil alle Kooperationspartner vor Ort und damit nah bei den Versicherten sind, könnten gefördert werden. Ebenso wäre denkbar, dass Kassen Zuschläge erhalten, wenn ihre Versicherten zur Versorgung bestimmter Krankheiten zertifizierte Zentren und Netzwerke aufsuchen.

In unserem grünen Antrag „Die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Behinderungen unverzüglich menschenrechtskonform gestalten“ [2] haben wir für verschiedene Bereiche im Gesundheitswesen, auch für die Krankenkassen, ganz konkrete Lösungsmöglichkeiten aufgezeigt. Vieles davon kann ohne eine Ausweitung des Leistungskatalogs der GKV umgesetzt werden, teilweise genügen Änderungen in Verfahrensweisen. In diesem Kontext haben wir den „den nationalen Aktionsplan für ein inklusives und barrierefreies Gesundheitswesen“ in den Koalitionsvertrag verhandelt. Unsererseits liegen bereits ganz konkrete Vorschläge dazu vor, viele davon könnten durch Krankenkassen umgesetzt werden.

Gesetzliche Krankenkassen sollten barrierefrei erreichbare Informationen in leichter Sprache bereitstellen. Zudem sollten sie ein ausreichendes Angebot von Maßnahmen der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention, das sich an den besonderen Bedarfen von Menschen mit Behinderungen orientiert, sicherstellen.

Analog zu Kindern in den Sozialpädiatrischen Zentren sollten auch mehr Erwachsene mit Mehrfachbehinderung in Zentren versorgt werden. Dafür muss das Zulassungsverfahren für die sogenannten „Medizinischen Zentren für Menschen mit mehrfacher und geistiger Behinderung“ (MZEB) erleichtert und verschlankt werden.

Immer wieder gibt es Probleme mit der Hilfsmittelversorgung. Hilfsmittel werden



nicht oder zu spät gewährt, sind von minderwertiger Qualität, es muss zugezahlt werden, es fehlt an kompetenter Beratung zum Gebrauch usw. Darum brauchen wir verbindliche erweiterte Qualitätsstandards für Verträge in der Hilfsmittelversorgung. Dabei muss sichergestellt sein, dass die Krankenkassen ihre Pflicht zur Überprüfung der Einhaltung der vertraglichen und gesetzlichen Pflichten der Leistungserbringer flächendeckend erfüllen. In Bezug auf die sogenannte Genehmigungsfiktion muss klar sein, dass der oder die Versicherte die Leistung von der Krankenkasse entweder als Naturalleistung oder bei Selbstbeschaffung in Form von Kostenerstattung verlangen kann und der Leistungsträger eine fingierte Leistungsgenehmigung nur zurücknehmen, widerrufen oder aufheben kann, wenn die Voraussetzungen der Genehmigungsfiktion von Anfang an nicht vorlagen oder später entfallen sind. Die Regelungen zur Genehmigungsfiktion sollten auch das Widerspruchsverfahren umfassen. Wichtig ist uns auch, dass die gesetzlichen Vorgaben insbesondere zur notwendigen Beratung der Versicherten sowie zur wohnortnahen Versorgung umgesetzt werden. Insbesondere für Familien von Kindern mit Mehrfachbehinderung sind Möglichkeiten zur vorläufigen Genehmigung von Hilfsmitteln zu schaffen; für Familien mit Kindern mit Behinderungen sollte auch der Zugang zu familienpflegerischen Leistungen der Haushaltshilfe erleichtert werden. Bei Verordnungen von spezialisierten Einrichtungen, Sozialpädiatrischen Zentren, Kliniken sowie Ärztinnen und Ärzten ist von der Erforderlichkeit im Einzelfall auszugehen, somit sollte die Begutachtung durch

den Medizinischen Dienst entfallen. Es muss eindeutig klargestellt werden, dass auch die Versorgung mit Hilfsmitteln zum mittelbaren Behinderungsausgleich dem Teilhabeanspruch nach der UN-Behindertenrechtskonvention hinreichend Rechnung tragen muss und sich nicht auf die Bewältigung der für die Deckung des physischen Existenzminimums notwendigen Aktivitäten beschränken darf. In diesem Zusammenhang ist zu prüfen, ob die Festbetragsregelungen, insbesondere jene für Hörgeräte, eine dem Teilhabeaspekt gerecht werdende Versorgung auch von Menschen mit schwereren Beeinträchtigungen sicherstellen.

Ein weiterer Aspekt, der gerade für chronisch kranke und behinderte Menschen essenziell ist und deren Leben sehr erleichtern würde, ist der Abbau von Hürden für eine gute Versorgung der Patientinnen und Patienten durch zu viel Bürokratie. Auch das konnten wir Grünen im GKV-Finanzstabilisierungsgesetz verankern: Das Bundesministerium für Gesundheit wird bis zum 30. September 2023 Empfehlungen dazu erarbeiten. Ein Zuviel an Bürokratie betrifft viele Bereiche im Gesundheitswesen, auch die Krankenkassen, etwa im Bereich der Folgeverordnungen.

## Literatur

1. IGES Institut (2017) Leistungsbewilligungen und -ablehnungen durch Krankenkassen. URL: [https://www.iges.com/sites/iges-group/iges.de/myzms/content/e6/e1621/e10211/e15829/e20499/e20500/e20502/attr\\_obj20506/StudiezuLeistungsbewilligungenund-ablehnungen\\_ger.pdf](https://www.iges.com/sites/iges-group/iges.de/myzms/content/e6/e1621/e10211/e15829/e20499/e20500/e20502/attr_obj20506/StudiezuLeistungsbewilligungenund-ablehnungen_ger.pdf) (abgerufen am 22.03.2023)
2. Deutscher Bundestag (2021) Bundestags-Drucksache 19/27874. URL: <https://dserver.bundestag.de/btd/19/278/1927874.pdf>



### Maria Klein-Schmeink, MdB

Maria Klein-Schmeink ist seit 2009 Mitglied des Deutschen Bundestages (Bündnis 90/Die Grünen). Sie ist stellvertretende Fraktionsvorsitzende und Koordinatorin des Fachbereichs 5 „Zusammenleben – Wissen – Gesundheit“. Frau Klein-Schmeink hat Soziologie, Politikwissenschaften und Pädagogik (Mag. Soziologin) studiert, danach war sie viele Jahre in leitender Tätigkeit in der Erwachsenenbildung aktiv. Sie war wissenschaftliche Referentin in der Grünen Landtagsfraktion in NRW und errang 2021 das Direktmandat im Wahlkreis Münster.



# Was bedarf es zur Herstellung von Qualitätstransparenz?

Thorben Krumwiede

## Das deutsche Gesundheitswesen: Ist-Zustand

Wie und wo finde ich einen guten Haus- oder Facharzt? Wie gut ist der Pflegedienst meines Vaters? Welche Krankenkasse legt Wert auf eine gute Servicequalität? Diese und andere Fragen stellen täglich viele Menschen in Deutschland. 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.

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 die passende Inanspruchnahme von Leistungen ist daher die Herstellung von Qualitätstransparenz, die vor allem verständlich aufbereitet sowie leicht zugänglich sein sollte, um so einen einfachen Vergleich von Praxen, Kliniken, Pflegediensten, Krankenkassen und anderen Akteuren im Gesundheitswesen zu ermöglichen.

Die OECD [1] 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 Pa-

tientinnen über die Ausstattung und Qualität von Gesundheitseinrichtungen einfach und verständlich informieren können. So haben Patienten im 50-Kilometer-Radius um Düsseldorf beispielsweise über 100 Kliniken zur Auswahl, die eine Knieprothese einsetzen. 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. Da es an einer ganzheitlichen Qualitätstransparenz fehlt, stellen die folgenden Ausführungen einzelne Bereiche des Gesundheitswesens dar.

## Ambulante Praxen: Warum keine Daten?

Daten zur Qualität? Fehlanzeige, wenn man Informationen zur Barrierefreiheit der Praxis, der apparativen Ausstattung oder zu Erfahrungen mit bestimmten Erkrankungen sucht. Im ambulanten Bereich gibt es bislang keine Berichterstattung oder sonstige Formen des auf wissenschaftlich fundierten Qualitätsindikatoren basierenden Reportings. Selbst grundlegende Informationen über die Praxen sind aktuell nicht zentral verfügbar.

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 Bürgerinnen und Bürger wünschen sich Informationen zu Fachkenntnissen eines Arztes, wie eine repräsentative Befragung [2] zeigt. Einzig die Arztbewertungsportale stellen eine Informationsquelle dar, die von vielen Bürgerinnen und Bürgern inzwischen genutzt werden [3]. Allerdings haben diese Portale zahlreiche Schwachstellen wie beispielsweise eine fehlende Unabhängigkeit der Bewertung. Zudem lassen die dort aufgeführten Ergebnisse nur einen sehr schwachen Rückschluss auf die medizinische Qualität von Ärzten beziehungsweise Arztpraxen zu.

Mit dem Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz (DVGPMG) hat die Bundesregierung im ersten Halbjahr 2021 einen kleinen Schritt in Richtung Qualitätstransparenz gemacht. Es verpflichtet Arztpraxen, zumindest einige Aussagen über die Ausstattung zu machen. 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. Auch verpflichtende Angaben zur apparativen Ausstattung wären wünschenswert gewesen. So müssen Patientinnen oder Patienten beispielsweise auch weiterhin Praxen abtelefonieren, wenn sie bestimmte bildgebende Verfahren oder andere apparative, ausstattungsbedingte Untersuchungen oder Behandlungen von Fachärztinnen oder Fachärzten benötigen.

**Akutstationärer Bereich: „Drei von vier Bürgerinnen und Bürger sind mit der Qualitätstransparenz unzufrieden“**

Das ist das Ergebnis einer Umfrage der Bertelsmann Stiftung aus dem März 2022 [4]. Kliniken sind seit 2005 verpflichtet, Qualitätsberichte zu erstellen. Seit Jahren werden diese Berichte für Klinikvergleiche genutzt. Obwohl diese Form der Transparenz am weitesten ent-

wickelt 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:

- Für nahezu 75% aller stationären Eingriffe sind 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 Qualitätsberichten enthaltenen Daten und Informationen sind nicht aussagekräftig [5] – selbst wenn sie laiensprachlich übersetzt sind. Es sollten daher nur Informationen 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 auch Expertinnen und Experten, unklar. Ein Index für einzelne Bereiche und eine Darstellung in einem Vergleichsportal wären hier zielführend. In einer Studie konnte gezeigt werden, dass bei einer Auswahl von fünf Kliniken nur 60% der Nutzer die beste Klinik identifizieren können [6].

**Die Qualitätsberichte sind ein gutes Beispiel dafür, dass die Darstellung vieler unwesentlicher, nicht zielgerichteter und nicht aggregierter Daten das Gegenteil von Transparenz bewirken können.**

**Krankenkassen: Mangel an Qualitätstransparenz**

Vonseiten der Krankenkassen wird häufig 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. Es geht um den Preis und nicht um die Qualität. Aber gerade qualitätsrelevante Informationen müs-