

# Weißbuch Qualitätstransparenz

ber Leistungserbringer im Gesundheitswesen



# Inhaltsverzeichnis

	<b>Einführung</b>	S. 3
<b>1</b>	<b>Suchprozess</b> Orientierungsbedürfnis erfüllen	S. 4
<b>2</b>	<b>Qualitätsbegriff</b> Qualität definieren	S. 10
<b>3</b>	<b>Stimme der Patienten</b> Patientenerfahrung nutzen	S. 13
<b>4</b>	<b>Komplexitätsreduktion</b> Daten in Information verwandeln	S. 18
<b>5</b>	<b>Informationsdesign</b> Qualität darstellen und vermitteln	S. 23
<b>6</b>	<b>Rechtliche Bedingungen</b> Empfehlungen sind möglich	S. 26
	<b>Das Wichtigste auf einen Blick</b>	S. 31

## Einführung

Seit rund 15 Jahren unterstützt die Weisse Liste mit ihren Online-suchportalen Verbraucherinnen und Verbraucher dabei, passende und qualitativ gute Leistungsanbieter im Gesundheitswesen zu finden.

Die Ursprungsidee war, die damals neu eingeführten, aber unverständlichen Qualitätsberichte der Krankenhäuser für Patientinnen und Patienten zugänglich, individuell nutzbar und verständlich zu machen. Aus diesem Grundgedanken ist im Jahr 2008 die Krankenhaussuche der Weissen Liste entstanden, die heute noch Kern des Angebots ist. Ziel und Antrieb der Weissen Liste ist seither, Patienten gut zu informieren und darüber hinaus Verbesserungen der rechtlichen und strukturellen Rahmenbedingungen für wirkungsvolles Public Reporting vorzuschlagen sowie vorbildliche Informationslösungen zu schaffen.

Durch den Betrieb nicht nur einer Krankenhaussuche, sondern auch einer Pflegeheimsuche sowie zeitweise auch einer Arzt- und Pflegedienstsuche, wurden sektorenübergreifend Erfahrungen gesammelt. Gesetzliche Krankenkassen und private Versicherungen, aber auch Verlage tragen das Angebot als Kooperationspartner seit Jahren mit. Die großen Patienten- und Verbraucherverbände haben das Projekt strategisch begleitet und bringen ihre Perspektiven in die laufende Entwicklung ein.

Mit diesem Weißbuch möchten wir unsere Expertise der Onlinepatienteninformation über Gesundheitsanbieter gebündelt veröffentlichen und weitergeben. Grundlage sind Studien, quantitative Befragungen, vertiefende Interviews sowie Erkenntnisse aus zahlreichen Nutzer-tests. Hinzu kommt eine langjährige Praxiserfahrung, die wir mit der Konzeption und Weiterentwicklung unserer Informationsangebote gewonnen haben. Eingeflossen in die vorliegende Expertise sind neben bereits publizierten Arbeiten der Weissen Liste auch „implizites Wissen“, Praxisbeispiele und bisher unveröffentlichte Erkenntnisse aus Versuchen, Interviews oder Datenauswertungen.

Wir fassen zusammen, was es im Interesse der Patientinnen und Patienten zu beachten gilt, was pragmatisch und fair gegenüber den Einrichtungen und ihren Fachkräften ist und welche Methoden und Lösungen Erfolg versprechend sind, um Daten aufzubereiten sowie Qualitätsinformationen darzustellen und zu vermitteln.

Diese Informationen richten wir vor allem an Personen und Institutionen des Gesundheitswesens sowie in Politik und Behörden auf Bundes- und Landesebene, die mit dem Public Reporting betraut sind und sich dafür engagieren. Wir sind davon überzeugt, dass verbraucherorientierte Qualitätsberichterstattung als eine eigenständige Disziplin und Aufgabe verstanden werden muss. Sie ist unabhängig von der Qualitätssicherung zu erfüllen, muss aber mit ihr korrespondieren.

Das für diese Aufgabe benötigte Wissen steht bereit. Wir möchten dazu beitragen, dass es über die Weisse Liste hinaus zur breiteren Anwendung kommt.

**Unsere wichtigste Botschaft lautet: Gute und wirksame Patienteninformationen über die Qualität von Gesundheitsanbietern bereitzustellen ist möglich und machbar.**

Weitere Informationen unter:  
[www.weisse-liste.de/weissbuch](http://www.weisse-liste.de/weissbuch)

## Suchprozess

# Orientierungsbedürfnis erfüllen

Qualitätsinformationen müssen die Erwartungen von Patientinnen und Patienten erfüllen und diese dort erreichen, wo sie Informationen benötigen – am besten über digitale Kanäle.

Die Suche nach dem passenden Gesundheitsversorger für die persönliche Situation ist für Patientinnen und Patienten herausfordernd und oft von großer Unsicherheit geprägt. Schon die Konfrontation mit der eigenen gesundheitlichen Lage kann sie emotional belasten. Zudem stehen meist viele Entscheidungen gleichzeitig an – und das häufig unter Zeitdruck, etwa wegen einer dringenden Operation oder plötzlicher Pflegebedürftigkeit. Interviews mit Betroffenen ergeben, dass die Suche oft Gefühle wie Überforderung und Kontrollverlust auslöst.

Daraus ergibt sich ein hoher Orientierungsbedarf unter erschwerten Bedingungen. Wie groß dieser Bedarf ist, zeigt etwa das Beispiel Pflege: Die Hälfte der Deutschen befürchtet, im Bedarfsfall nicht das richtige Heim zu finden, weil ihnen wichtige Informationen zur Auswahl fehlen. Auch für die anderen Sektoren zeigen Befragungen: Den Menschen ist klar, dass es bei der Qualität von Ärzten und einzelnen Gesundheitseinrichtungen deutliche Unterschiede gibt. Es fällt ihnen jedoch schwer, diese Qualitätsunterschiede zu identifizieren. Zugleich besteht Unsicherheit darüber, welche Kriterien maßgeblich sind für die persönlich richtige Entscheidung. Stehen keine entsprechenden Informationen zur Verfügung, entwickeln die Nutzerinnen und Nutzer mangels nachvollziehbarer vorgegebener Kriterien im Laufe der Suche ihre eigenen Kriterien. Dadurch treten möglicherweise irrationale Faktoren an die Stelle relevanter Qualitätsindikatoren: Das, was nah, bekannt und sympathisch erscheint, wird im Zweifelsfall bevorzugt. Der Faktor Sympathie wird wichtiger als objektive Daten. Die richtige Wahl, die bestmögliche Behandlung und letztlich eine gute Versorgungsqualität hängen dann vom Zufall ab – und werden sogar eher unwahrscheinlich.

Dem vorhandenen Informationsbedarf steht ein Mangel gegenüber: Es fehlen geeignete Angebote zur Unterstützung der Suche. Und wenn es sie gibt, sind sie schwer zu finden – vor allem für Laien. Onlinevergleichsangebote bieten bei der Suche nach dem individuell richtigen Anbieter eine wichtige Lotsenfunktion. Sie können in allen Phasen des Suchprozesses unterstützen: von der Recherche über die Vorauswahl und den Vergleich bis hin zur endgültigen Entscheidung.

**Fünf Punkte sind entscheidend, damit Vergleichsangebote ihr Potenzial entfalten können:**

- 1 Die Informationen müssen für die Interessierten **gut auffindbar** und **wahrnehmbar** sein.
- 2 Sie sollten zum richtigen Zeitpunkt am richtigen Ort verfügbar sein und idealerweise **aktiv im Suchprozess** angeboten werden.
- 3 Das gefundene Angebot muss die Erwartungen der Nutzerinnen und Nutzer auf Anhieb erfüllen – das gilt insbesondere für die **Verständlichkeit**, die **Übersichtlichkeit** und die **Nützlichkeit**.
- 4 Es muss über **zeitgemäße Funktionen** verfügen und entsprechend zu bedienen sein.
- 5 Das Angebot muss **vertrauenswürdig** und **unabhängig** sein.

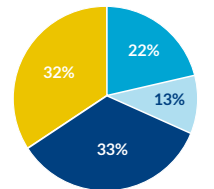
So zeigen Befragungen unter Nutzerinnen und Nutzern der Weissen Liste: Das Reflektieren mithilfe von Vergleichen in Bewertungsportalen führt bei mehr als einem Drittel der Befragten dazu, dass sie ihre Entscheidung für einen Leistungsanbieter überdenken oder sich vorstellen können, diese zu überdenken. Bei einem weiteren Drittel der Nutzerinnen bestätigt der Vergleich ihre bereits getroffene Wahl, wodurch sie sich sicherer fühlen. Die beratende und steuernde Rolle der Haus- und Fachärzte bleibt dabei erhalten und wird von den Informationsangeboten unterstützt und ergänzt.

Das funktioniert allerdings nur, wenn die Nutzerinnen und Nutzer die Informationsangebote auch finden, verstehen und akzeptieren.

Werden sie mit zu vielen und obendrein schwer verständlichen Informationen überhäuft, schrecken sie möglicherweise davor zurück, diese zu nutzen. Wenn die Vergleichsangebote schwer zu bedienen sind oder nicht hinreichend vertrauenserweckend wirken, werden sie ebenfalls nicht genutzt. Für die Akzeptanz bedarf es also einer konsequenten Nutzerorientierung.

Als ständig verfügbares, leicht zu aktualisierendes Medium bieten Onlineangebote das größte Potenzial, all diese Anforderungen zu erfüllen. Das gilt mittlerweile sowohl mit Blick auf „Digital Natives“ als auch auf ältere Generationen.

**Nutzerbefragung:**  
Wenn Sie vor Ihrem Besuch der Website bereits eine Auswahl zu einem Arzt, Krankenhaus oder Pflegeanbieter getroffen hatten, wie hat das Angebot diese beeinflusst?



- Die Informationen haben meine Entscheidung bestätigt
- Ich hatte vorher noch keine Auswahl getroffen
- Ich habe meine ursprüngliche Entscheidung überdacht
- Ich könnte mir vorstellen, meine ursprüngliche Entscheidung zu überdenken

## „Auf dem Holzweg“: Der edukative Ansatz

Auf dem Weg zu der heutigen sehr erfolgreichen Informationsdarstellung gab es durchaus Herausforderungen und Irrwege, aus denen wir gelernt haben. Auch diese Erfahrungen möchten wir hier thematisieren. Ein Beispiel: In einer früheren Version der Krankenhaus-suche der Weissen Liste verlief der Sucheinstieg über einen Suchassistenten. Die Nutzerinnen und Nutzer mussten initial eine Körperregion auswählen und in mehreren Schritten zunächst weitere Angaben machen, bevor sie ein Ergebnis erhielten.

In der Praxis fiel dieses Verfahren durch – die Suche wurde kaum genutzt bzw. früh abgebrochen. Insbesondere die vermeintliche Nutzerfreundlichkeit, die die Hinführung an den Suchanlass über Körperregionen bieten sollte, bestätigte sich nicht. Mehrere Gründe sind denkbar. Die Nutzergruppen sind sehr heterogen, manche kennen die genauen Fachbegriffe einer medizinischen Diagnose oder entnehmen diese dem Überweisungsschein – und benötigen daher keine „Hinführung“. Zudem können manche Eingriffe und Beschwerden von Laien keiner bestimmten Körperregion zugeordnet werden. Der Hauptgrund war allerdings, dass die meisten Nutzerinnen und Nutzer sich im Suchprozess unnötig aufgehalten fühlten: Sie erwarten vielmehr, schnell und ohne viel Aufwand zum Ergebnis zu kommen.

Feinjustierungen des Suchergebnisses, etwa durch Filter- und Sortiereinstellungen, sollten bei der Nutzerführung hintangestellt werden.

Der damals innovative und richtige Grundgedanke, Informationslösungen auf die Menschen zuzuschneiden, gelang letztlich auch deshalb nicht, weil die damals verfügbare Technik zu wenig Möglichkeiten einer intuitiven Nutzerinteraktion bot. Heute gängige Funktionen und Algorithmen, wie man sie etwa in Gesundheits-Apps sieht, standen noch nicht zur Verfügung.

Das Gleiche gilt für die vielen gut gemeinten Hinweise, die in der Weissen Liste im Laufe der Jahre an die Nutzerinnen und Nutzer gerichtet wurden, etwa mittels Info-Icons, eingeblendeter Kästen oder erläuternder Einleitungstexte. Nutzertests zeigen, dass diese vom Wesentlichen, nämlich den Qualitätsinformationen über die Anbieter, ablenken oder vielfach schlicht ignoriert bzw. nicht bewusst gelesen werden. „Weniger ist mehr“ sollte also die Devise sein. Edukation – so die Schlussfolgerung – funktioniert nicht ausdrücklich und plakativ, sondern, wenn überhaupt, mittels beiläufig angebotener Elemente und Interaktionen, die den Suchprozess nicht stören.

# Nutzertypen und User Journeys: Wie Suchprozesse ablaufen

Um Informationsangebote an Nutzerbedürfnissen auszurichten, helfen Erkenntnisse zu den spezifischen Erwartungen der Patientinnen und Patienten, die nach Orientierung suchen. Diese lassen sich aus verschiedenen Suchtypen und Suchphasen ableiten.

Die Such- und Entscheidungspfade der Nutzerinnen und Nutzer unterscheiden sich ganz individuell. Sie werden beeinflusst von der persönlichen Gesundheitssituation, von dem jeweiligen Umfeld und dem individuellen Vorwissen. Ebenso beeinflussen die Persönlichkeit, der Bildungsstand sowie der emotionale Zustand der Menschen das Suchverhalten.

Ratsuchende lassen sich – auf Grundlage psychologischer Interviews – in verschiedene „Suchtypen“ unterscheiden: etwa Menschen, die sich schnell entscheiden und den nächstbesten Anbieter wählen, oder solche, die immer wieder aufschieben und die Notwendigkeit einer Entscheidung verdrängen. Obwohl Nutzertypen unterschiedlich sind, ist es möglich, die jeweiligen Nutzererwartungen mit einem Informationsangebot abzudecken.

Ein solches Verfahren trifft beispielsweise sowohl das Interesse der „Abkürzer“, die – ein fachlich fundiertes Angebot vorausgesetzt – getrost den „nächstbesten“ Anbieter nehmen würden, als auch das Interesse derjenigen, die zwar gut informiert entscheiden möchten, sich mit zu vielen Daten und Hinweisen aber leicht verzetteln. Werden dann gleichzeitig Detailinformationen oder vertiefende Vergleichsdaten zu einzelnen Anbietern mit weiterführenden Links zugänglich gemacht, erreicht ein Angebot auch diejenigen, die ernsthaft vergleichen oder gar Expertise erwerben wollen.

Untersuchungen zeigen, dass die sogenannte User Journey rund um den Prozess der Auswahl eines Gesundheitsanbieters selten geradlinig verläuft. Sie lässt sich in mehrere Phasen unterteilen, in denen Schleifen und Unterbrechungen vorkommen können. So holen manche Patientinnen oder Patienten die Empfehlung ihres Arztes ein und befragen das Internet dann nur noch, um sich ihre Auswahl bestätigen zu lassen. Umgekehrt recherchieren andere zunächst im Netz, holen dann fachkundigen (ärztlichen) Rat ein und/oder besuchen eine Einrichtung vor Ort und verifizieren diesen Rat oder persönlichen Eindruck mit Informationsangeboten im Netz.

Folgende Nutzertypen lassen sich hinsichtlich ihres Informations- und Suchverhaltens voneinander abgrenzen:



## Das Reformkonzept der Weissen Liste zur Qualitätsberichterstattung in der Pflege, hat vier prinzipielle Phasen ermittelt, die auf andere Gesundheitsbereiche übertragbar sind:

### 1 Orientierung

Diese Phase ist geprägt von meist noch geringem Wissen darüber, was das geeignete Angebot, etwa ambulant, teilstationär oder stationär, sein könnte. Die Gesundheitssituation ist in der Regel noch neu und Kenntnisse über die Angebotsstrukturen fehlen. Gefühle wie Angst, Unsicherheit und Überforderung können sich einstellen.

### 2 Vorauswahl

Die Zahl der möglichen Leistungsanbieter und Einrichtungen kann, je nach Region, groß und unüberschaubar sein. Die Nutzerinnen und Nutzer wissen oft nicht, worauf sie achten müssen, gleichwohl sie eine Vorauswahl treffen müssen. Viele sind nicht in der Lage, sich mit fachlichen Details zu beschäftigen, und fühlen sich gleichzeitig von Informationen überflutet.

### 3 Detailvergleich

Aus der Vorauswahl sind nur noch einige Anbieter übrig geblieben. Die Menschen wählen die aus ihrer Sicht wichtigsten Kriterien, um zu einer Entscheidung zu kommen. Sie sind unsicher und haben möglicherweise auch widersprüchliche Eindrücke.

### 4 Entscheidung

Die Nutzerinnen und Nutzer wollen sicher sein, die richtige Entscheidung zu treffen. Sie gleichen gegebenenfalls Eindrücke vor Ort nochmals mit Vergleichsdaten im Internet ab.

Bei der Suche nach einem Pflegeanbieter geht es darüber hinaus um Dinge wie Verträge und Finanzen, mit denen sich viele nicht auskennen. Die Menschen machen sich Sorgen, dass sie bei ihrer Entscheidung etwas Wichtiges übersehen. Der emotionale Druck ist groß.

Auch die unterschiedlichen Nutzererwartungen, die die verschiedenen Suchphasen mit sich bringen, können mit einem Informationsangebot erfüllt werden. Zunächst ist festzuhalten, dass die Suche nach einem passenden Gesundheitsanbieter meist eingebettet ist in einen größeren Orientierungs- und Suchprozess, etwa, wenn vor der eigentlichen Auswahlen mögliche Versorgungsvarianten gewählt werden müssen. Mit Blick auf die Orientierungsphase ist es hilfreich, kontextbezogene Zusatzinformationen anzubieten, etwa vertrauenswürdige medizinische Informationen, Hinweise auf Zweitmeinungsangebote, Mindestmengen, Beratungsstellen und einiges mehr. Entscheidend sind hierbei Algorithmen, die dafür sorgen, dass nur Zusatzinformationen angezeigt werden, die wirklich passen.

Kontextinformationen können nicht nur das Orientierungsbedürfnis befriedigen, sondern den Nutzerinnen und Nutzern implizit auch entscheidende Kriterien zur Anbieterwahl vermitteln. So kann etwa eine Information zu Mindestmengenregelungen dazu anregen, eher auf die Fallzahl als Ausdruck der Erfahrung eines Krankenhauses zu achten.



Reformkonzept Verbraucherorientierte Qualitätsberichterstattung Pflege



## Suchverhalten im Internet

Entscheidend ist, dass Qualitätsvergleiche für die Patienten im entscheidenden Moment tatsächlich greifbar sind. Häufig informieren sich Patienten heute über das Internet und nutzen dabei gängige Suchmaschinen. Bei einer Befragung der Weissen Listegaben beispielsweise fast 90 Prozent der Nutzerinnen und Nutzer an, das Angebot über eine Suchmaschine gefunden zu haben.

Sofern Onlineinformationsangebote in Suchmaschinen gut positioniert sind, erfolgt die Suche, Interviews zufolge, in drei Schritten:

1. Nutzung einer Suchmaschine
2. Nutzung eines Vergleichsportals
3. Besuch der Website des Gesundheitsanbieters (Krankenhaus, Arztpraxis, Pflegeeinrichtung etc.).

Erscheinen in den Suchmaschinen auf den ersten Blick keine vertrauenswürdigen und verlässlichen Informationsangebote zu den eingegebenen Suchbegriffen, wird der wichtige Schritt des Qualitätsvergleichs – notgedrungen und unabsichtlich – übersprungen und die Onlinesuche abgekürzt. Oft rufen dann die Nutzerinnen und Nutzer, ausgehend von den Suchmaschinenergebnissen, die Internetseiten der Gesundheitsanbieter direkt auf. Einen strukturierten und fallspezifischen Vergleich können sie auf diese Weise nicht durchführen. Da sie zudem häufig einen Gesundheitsanbieter mit Ortsbezug oder gar über Onlinekartenanbieter suchen, gibt das Auswahlkriterium „Nähe“ den Ausschlag.

Auch Ärztinnen und Ärzte, die um eine Empfehlung gebeten werden, sollten idealerweise auf verlässliche Qualitätsvergleiche zugreifen. Sie nutzen für eine Recherche meist ebenfalls das Internet und schätzen – Interviews und Nutzertests zufolge – ebenso prägnante und leicht verständliche Informationen. Daher stellt die Nutzergruppe der Experten wie Ärztinnen und Ärzte für Informationsanbieter keine grundsätzlich abweichenden Anforderungen. Kurz gesagt: Ein patientenorientiertes Angebot trifft auch den Bedarf von Expertinnen und Experten, die Patienten beraten – sofern fachliche Fundierung und Seriosität sichergestellt sind.

## Perspektive Weisse Liste: Angebote besser auffindbar machen

Aus Sicht der Weissen Liste eignet sich das Internet als Medium für Qualitätsvergleiche am besten. Über das Internet ist nicht nur eine Informationslösung wie ein Onlineportal möglich, sondern auch die Verknüpfung und Verbreitung über andere digitale Systeme. Doch bei allen bisherigen Fortschritten und Weiterentwicklungen stößt die Weisse Liste – ebenso wie andere Anbieter – im digitalen Raum bis heute auf Hindernisse, die im Sinne der Patientenorientierung überwunden werden müssen: So sind die Nutzer darauf angewiesen, digitale Angebote selbst zu kennen oder über die Suchmaschinensuche möglichst schnell auf entsprechend optimierte Angebote zu stoßen. Allerdings sind nicht alle leicht auffindbaren Angebote unabhängig und fachlich hinreichend fundiert – manche sind sogar unseriös.

Die offiziellen, verlässlichen Angebote müssten so platziert werden, dass Patienten sowie Ärztinnen und andere Beteiligte zuverlässig auf sie stoßen, wenn sie sie brauchen.

**Dazu bietet sich zukünftig die Verknüpfung mit offiziellen digitalen Gesundheitsangeboten an, wie zum Beispiel mit**

- der elektronischen Patientenakte,
- Krankenhausinformationssystemen,
- Arztinformationssystemen und
- dem Nationalen Gesundheitsportal.

**Das hätte entscheidenden Mehrwert in einem patientenorientierteren Gesundheitswesen:**

- Patientinnen und Patienten erhielten in der Bedarfssituation proaktiv ein unterstützendes Angebot, etwa beim Übergang vom Hausarzt zur Fachärztin oder bei der Einweisung in ein Krankenhaus.
- Ärztinnen und Ärzte könnten die Angebote direkt in Gespräche mit ihren Patienten einbinden. Das würde sie selbst unterstützen und entlasten.
- Gruppen, die sonst eher keine Gesundheitsinformationen nutzen, würden besser erreicht.

**Für eine solche Einbettung wäre es zwingend notwendig, die Interoperabilität der verschiedenen Systeme herzustellen. Ebenso ist eine kontextsensitive und individualisierbare Bündelung der Daten und Informationen erforderlich.**



## Diskussion

# „Digitale Informationsangebote routinemäßig anbieten“

Digitale Angebote wie die Weisse Liste finden zwar großen Zuspruch, erreichen aber dennoch bislang nur einen Teil ihrer potenziellen Zielgruppe. Daraus abzuleiten, die Qualitätsberichterstattung sei gescheitert oder gar überflüssig, wäre falsch und irreführend. Denn die gebündelten Analysen zeigen sowohl die Ursachen als auch die negativen Folgen dieses Zustands.

**Informationsangebote werden nicht bemerkt oder gar ignoriert, eben weil sie nicht zur richtigen Zeit am richtigen Ort verfügbar oder nicht nutzerorientiert gestaltet sind.**

In Nutzertests und als Rückmeldung an den Support sagen Nutzerinnen und Nutzer oft, sie hätten gern früher gewusst, „dass es so etwas gibt“, weil es „viel Frust erspart“ hätte oder hilfreich gewesen wäre. Es muss also dafür gesorgt werden, dass den Betroffenen die digitalen Informationsangebote routinemäßig und automatisch angeboten werden. Dann können sie diese im entscheidenden Moment und am passenden Ort wahrnehmen und nutzen.

**Wie lässt sich dies umsetzen?**

Eine relativ unaufwendige, doch zumindest bei den nicht kommerziellen Anbietern zu wenig beachtete Maßnahme ist, die Angebote über Suchmaschinen leichter auffindbar zu machen.

Ein weiterer Schritt, um Qualitätsinformationen bedarfsgerecht anzubieten, wäre, Ärztinnen und Ärzten zu erlauben, in einem gewissen Rahmen Empfehlungen auf Grundlage der Qualitätsberichterstattung aussprechen zu dürfen, oder ihnen zumindest vorzugeben, dass auf offizielle Qualitätsvergleiche hinzuweisen ist. Praktisch wäre es, wenn die benötigte Datengrundlage direkt in der Arztsoftware abrufbar wäre.

**Wenn die Funktionen der elektronischen Patientenakte (ePA) Schritt für Schritt erweitert werden, könnte auch sie eine wichtige Rolle bei der Patientennavigation spielen.**

Mithilfe der elektronischen Patientenakte (ePA) könnte die Suche stark individualisiert und auf den aktuellen Bedarf zugeschnitten werden. Bestimmte Diagnosen oder die Mitteilung einer Pflegebedürftigkeit könnten – bei Einwilligung der Patientinnen und Patienten – Push-Nachrichten mit individuellen Vergleichs- und Informationsmöglichkeiten auslösen. Dafür müssen die Angebote personalisierbar und technisch anschlussfähig an Patientenanwendungen sein. Datentechnisch wäre das ohne Weiteres möglich.



# Qualität definieren

Es gibt keine allgemeingültige und umfassende Definition der Qualität von Leistungsanbietern. Daher müssen digitale Vergleichsangebote offenlegen und nachvollziehbar machen, was sie darunter verstehen.

Dass es große Unterschiede zwischen Leistungsanbietern im Gesundheitswesen gibt, ist mittlerweile unbestritten – die Folgen daraus sind gut belegt.

**Trotzdem existieren bis heute keine verbindlichen und für Patientinnen und Patienten nachvollziehbaren Definitionen, um die Qualität von Ärztinnen und Ärzten sowie Kliniken und Heimen vergleichbar zu machen.**

Daneben mangelt es in bestimmten Sektoren grundsätzlich an der erforderlichen Datengrundlage für eine umfassende Qualitätsbewertung. Vor diesem Hintergrund müssen Anbieter, die auf digitalen Kanälen Qualitätsvergleiche veröffentlichen, im ersten Schritt ihr eigenes Verständnis von Qualität definieren und erklären: Für die Ratsuchenden muss transparent und nachvollziehbar sein, auf welcher Grundlage und nach welchen Methoden Vergleiche erstellt werden und Werturteile zustande kommen. Das gelingt zum einen explizit, also über eine – möglichst allgemein verständliche – Erläuterung der Methoden. Zum anderen wird das Qualitätsverständnis auch implizit deutlich, indem die Nutzer eines Informationsangebots die dargebotenen Qualitätsaspekte wahrnehmen, kennenlernen und verstehen oder gar mit ihnen interagieren, etwa in Form von Filterkriterien.

Darüber hinaus muss die Qualitätsdefinition des Informationsanbieters aus folgendem Grund klar ersichtlich sein: Je ausdifferenzierter die Qualitätsmessung und -berichterstattung und je größer die Zahl der Messpunkte und Indikatoren wird, umso schwieriger wird es für die Adressaten zu begreifen, worauf es ankommt und was Qualität letztlich individuell bedeutet. Im Laufe der Jahre wurden beispielsweise die Qualitätsindikatoren für Krankenhäuser zahlenmäßig immer mehr, im Pflegebereich wurden erste Indikatoren zur Ergebnisqualität entwickelt. Falls nun je nach Suchanlass ausgewählte Indikatoren hervorgehoben oder manche weggelassen werden, muss deutlich sein, warum und nach welchen Kriterien dies geschieht.

Welche Daten für eine Qualitätsbewertung herangezogen werden, entscheidet sich in der Praxis auch danach, ob die theoretisch benötigten Daten überhaupt existieren und ob sie rechtlich oder faktisch für die Vergleichsanbieter zugänglich sind und genutzt werden dürfen. Welche Daten verfügbar und anwendbar sind, hängt vom jeweiligen Sektor ab.

**Die Weisse Liste setzt in ihrer Qualitätsdefinition vor allem auf folgende Qualitätsdimensionen und -aspekte:**

- Zur **medizinischen Qualität** gehören in erster Linie die medizinischen Ergebnisse der Behandlung, aber auch die Bewertung des Behandlungs- bzw. Pflegeprozesses. Meist werden diese Daten in Qualitätssicherungsprozessen erhoben. Sie könnten allerdings auch aus Routinedaten oder mithilfe von Instrumenten zur Erhebung patientenberichteter Ergebnisqualitätsdaten, sogenannter PROMs (Patient-Reported Outcome Measures), ermittelt werden.
- Ebenso zählen die **strukturellen Gegebenheiten** in Arztpraxen, Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen, also verfügbares Personal, Qualifikationen und Ausstattung, zu den Qualitätsparametern.
- Die **Erfahrung der Behandler bzw. Behandlungseinrichtung**, gemessen mit Fallzahlen, ist ein wichtiger Hilfsindikator für die Versorgungsqualität. Der Zusammenhang zwischen sehr niedrigen Fallzahlen und schlechter Qualität ist wissenschaftlich recht gut belegt. Gleichzeitig wächst mit steigender Fallzahl prinzipiell die Routine der Teams bei Untersuchungen und Behandlungen.

Wünschenswert wäre, diesen Indikator künftig präziser zu erheben und die Erfahrung einer Einrichtung auf die tatsächlichen Behandler herunterzubrechen, wie es Zentrumszertifikate bereits teilweise tun, wenn sie etwa „Hauptoperateur“ identifizieren.

- Informationen zu **Patientensicherheit und Hygiene** umfassen Maßnahmen, mit denen Einrichtungen ihre Patientinnen und Patienten schützen. Das gilt zum Beispiel für den Schutz vor falscher Medikamentengabe oder Krankheitserregern.
- Anerkannte **Zertifizierungen** krankheitsbezogener Zentren können einen guten Hinweis auf die Qualität von Behandlungsergebnissen und -prozessen geben. Sie werden bei Erfüllung verschiedener medizinischer und fachlicher Anforderungen erteilt und stellen so zumindest die Voraussetzungen einer bestimmten Behandlungsqualität sicher.
- Die **Qualitätsrahmen** setzt auf **verschiedene Qualitätsdimensionen**, die jeweils einen eigenen Beitrag zum Gesamtbild der Qualität leisten: Erfahrung mit einer bestimmten Behandlung (Fallzahl), medizinische Qualität, Strukturqualität, Patientenerfahrungen, Patientensicherheit und Hygiene sowie Kosten – sofern diese relevant sind.

➤ Die **Patientenerfahrung** umfasst Erfahrungen mit dem Behandlungsprozess sowie die wahrgenommenen Ergebnisse der Behandlung. Sie kann sich auch auf die Zufriedenheit mit Leistungserbringern insgesamt beziehen, ausgedrückt etwa in einer Weiterempfehlungsbereitschaft. Qualitätseinschätzungen stammen nicht notwendigerweise nur von Patientinnen und Patienten, sondern können prinzipiell von allen Betroffenen kommen, die am Behandlungs- oder Pflegeprozess beteiligt sind. Das können also auch Angehörige, einweisende Ärzte oder Experten sein.

➤ **Kosten**, sofern sie neben den allgemeinen Versicherungsbeiträgen im konkreten Fall entstehen, spielen für Patientinnen und Patienten in der Gesamtabwägung ebenfalls eine Rolle und stellen somit einen Qualitätsaspekt im weiteren Sinne dar. Dies umfasst beispielsweise die Kosten für Unterbringung, Serviceleistungen, Behandlungen oder bestimmte medizinische Leistungen. In der Langzeitpflege sind sie besonders relevant.

## Die Weisse Liste: Weitreichendes Qualitätsverständnis

Bei der Definition von Qualität orientiert sich die Weisse Liste an der Perspektive der Patientinnen und Patienten. Daher beinhaltet das Qualitätsmodell auch Aspekte, die Patienten laut Befragungen und Nutzertests für die Auswahlentscheidung wichtig sind.

- **Zertifikate von Zentren** werden unter bestimmten Voraussetzungen als zusammenfassendes Qualitätsmerkmal ebenfalls berücksichtigt.
- Bislang wertet die Weisse Liste viele Qualitätsaspekte als gleichrangig, insbesondere bei der **Konzeption eines Composite Scores für Krankenhäuser**. Es werden also keine rechnerischen Gewichtungen vorgenommen – das kann sich im Zuge einer methodischen Weiterentwicklung jedoch ändern. Die Fallzahl als Ausdruck der Erfahrung spielt aufgrund methodischer Beschränkungen eine Sonderrolle bei der Ermittlung eines Gesamturteils auf Grundlage eines Composite Scores.



## Diskussion

# „Perspektivwechsel für den Qualitätsbegriff“

Qualität ist mittlerweile anerkannt als das (künftige) Leitmotiv für die Versorgungssteuerung.

**Damit Patientinnen und Patienten sowie ihre Lotsen über den richtigen Behandlungsweg entscheiden und eine Auswahl passender Anbieter treffen können, benötigen sie eine Art Kompass, um den qualitätsorientierten Weg durch das Versorgungssystem einschlagen zu können. Der Kompass muss allerdings richtig kalibriert werden, damit er funktioniert. Er muss korrekt Richtung „Qualität“ weisen.** Entscheidend ist dafür die Definition von Qualität und die Perspektive darauf.

Die Entwicklung von Methoden zur Messung von Qualität dient bis heute vorrangig der Qualitätssicherung und so ist auch die Definition von Qualität automatisch dieser Blickrichtung gefolgt. Gleichzeitig wird, was unter Qualität zu verstehen ist, stark dadurch bestimmt, was gemessen wird bzw. was überhaupt messbar ist. Mit diesem Ansatz gelangte man schrittweise zu Indikatorensystemen, die letztlich nur von Expertinnen und Experten zu interpretieren sind und obendrein für Patientinnen und Patienten wichtige Aspekte unberücksichtigt lassen.

Aus Patientensicht qualitätsrelevante Fragen, etwa wie eine Behandlung die Gesundheit und die Lebensqualität verbessert oder welche Erfahrungen Patientinnen und Patienten im Behandlungsprozess machen, fallen in der gesetzlichen Qualitätssicherung gegenwärtig (noch) unter den Tisch.

Gleichzeitig sind beispielsweise im ambulanten Sektor viele grundlegende Daten, die das wiedergeben, was Qualität aus Patientensicht ausmacht, immer noch nicht verfügbar und zugänglich.

**Daher ist ein Perspektivenwechsel nötig: Die Qualitätsberichterstattung muss künftig auch methodisch stärker am Patienteninteresse ausgerichtet werden.** Was als Qualität gilt, muss aus Perspektive der Patientinnen und Patienten definiert werden – und das bedeutet vor allem, Patientenerfahrungen künftig systematisch zu erheben und in die Datenwege zu integrieren.

## 3

# Stimme der Patienten Patientenerfahrung nutzen

Die persönlichen Erfahrungen von Patientinnen und Patienten sind ein wichtiger Qualitätsindikator – werden aber in Deutschland noch viel zu wenig genutzt. Sie können nicht nur wichtige Informationen über den Behandlungsprozess und die Behandler liefern, sondern auch über die Qualität der Ergebnisse.

Die Erfahrungen anderer Menschen sind für Patientinnen und Patienten ein bedeutendes Entscheidungskriterium. Das trifft auch bei der Suche nach dem geeigneten Arzt, einem Krankenhaus oder Pflegeheim zu. In einer repräsentativen Befragung im Jahr 2022 stimmten beispielsweise 82 Prozent der Befragten „zum Teil“ sowie „voll und ganz“ der Aussage zu, dass ihnen Erfahrungen, die andere mit einem Arzt, einem Krankenhaus oder einer Pflegeeinrichtung gemacht haben, wichtig seien, um deren Qualität beurteilen zu können.

Dem Urteil anderer vertrauen Menschen besonders, wenn sie ein geeignetes Krankenhaus suchen: Analysen zufolge können Patientenempfehlungen hier sogar einen ebenso starken Einfluss auf die Entscheidung für oder gegen ein Krankenhaus haben wie Daten zu Fallzahlen oder Behandlungsergebnissen.

Zugleich verlangt ein patientenorientiertes Gesundheitswesen, die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten ernst zu nehmen und diese explizit auch nach ihrer Einschätzung und dem Behandlungsergebnis zu befragen. Ein entsprechender Beschluss der Gesundheitsministerkonferenz liegt vor. Folgerichtig müssen Patientenerfahrungen als Qualitätsindikator für die Gesundheitsversorgung berücksichtigt und anerkannt werden. In Zukunft sollten nicht nur Erfahrungswerte zu einem Leistungsanbieter, sondern vor allem das Ergebnis der Behandlung aus Patientensicht erhoben werden. Die von Patientinnen und Patienten berichtete Ergebnisqualität (Patient-Reported Outcomes, PROs) dient der Information anderer Betroffener und liefert darüber hinaus vor allem Ärztinnen und Ärzten sowie Forschenden wichtige Erkenntnisse, um die Gesundheitsversorgung kontinuierlich zu verbessern.

Das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG) arbeitet derzeit im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) an ersten prozess- und outcomeorientierten Patientenbefragungen im Rahmen der offiziellen Qualitätssicherung, die 2022 in einer ersten Indikation eingesetzt wurden. Die Befragung beschränkt sich allerdings zunächst auf eine einzige Indikation. Zudem sind Befragung und Berichterstattung nicht auf Patienteninformationsbedürfnisse ausgerichtet. Digitale, patientenorientierte Transparenzinitiativen sahen und sehen sich gefordert, diese Informationslücke zu schließen.

**Sie haben aus eigener Initiative Lösungen erarbeitet, um Erfahrungen zu veröffentlichen und nutzbar zu machen – allerdings mit sehr unterschiedlichen Qualitätsansprüchen:**

Die Weisse Liste, der AOK-Bundesverband und die Kaufmännische Krankenkasse (KKH) sind gegenwärtig die einzigen Informationsanbieter, die Ergebnisse einer Patientenbefragung – erhoben von der AOK und der KKH – in den eigenen Vergleichsportalen darstellen. Sie setzen dafür mit dem **Patients' Experience Questionnaire (PEQ)** einen wissenschaftlich erprobten, standardisierten Fragebogen der Weissen Liste ein. Das Ergebnis bietet eine umfassende Aussage zur wahrgenommenen Qualität in den abgefragten Dimensionen – wie die ärztliche Versorgung oder Prozesse während des Krankenhausaufenthalts –, und macht somit einen Vergleich zwischen Krankenhäusern möglich. Befragt werden Patientinnen und Patienten im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt.



Qualitätstransparenz braucht einen großen Wurf: 15 Jahre Public Reporting in Deutschland – ein kritisches Resümee



Fragebogen Patients' Experience Questionnaire (PEQ)





Angehörigenbefragung in der stationären Altenpflege



- Diverse kommerzielle Anbieter setzen vorrangig auf Onlinebewertungen der Nutzerinnen und Nutzer zu Ärzten und Krankenhäusern, wobei in der Regel nicht sichergestellt ist, dass sie tatsächlich von Patientinnen und Patienten stammen.
- Die Weisse Liste hatte mit ihrer bis Ende 2021 betriebenen Onlineartsuche **Arztbewertungen** online erhoben. Ein gewisser Manipulationsschutz wurde sichergestellt, indem die Bewertenden ihre Krankenkassen-Versichertennummer eingeben mussten, die pseudonymisiert mit teilnehmenden Partnerkrankenkassen abgeglichen wurde. Zumindest Mehrfachbewertungen oder erfundene Nutzerinnen und Nutzer wurden dadurch vermieden, wenngleich auch mit dieser Methode nicht sichergestellt werden konnte, dass es sich tatsächlich um Patientinnen und Patienten des zu bewertenden Arztes handelte. Dadurch war eine Bewertung jedoch nur einem begrenzten Nutzerkreis möglich. Eingesetzt wurde ein wissenschaftlich fundierter, standardisierter Fragebogen.

- Im Pflegebereich lässt sich die Betroffenenperspektive hilfsweise über Angehörige erheben. Ansätze, Pflegebedürftige selbst zu befragen, stoßen regelmäßig an methodische Grenzen. Die Weisse Liste hat für **Pflegeheime eine Angehörigenbefragung** auf wissenschaftlicher Grundlage entwickeln lassen, die bereits im Bundesland Hamburg flächendeckend eingesetzt wird.

Damit Patientenrückmeldungen ihren Wert als einer von mehreren Qualitätsindikatoren entfalten können, müssen die Erfahrungen so abgefragt, verarbeitet und präsentiert werden, dass

- sie manipulationssicher sind,
- die Informationen für Patientinnen und Patienten relevant und aussagekräftig sind,
- sie anbieterübergreifende Vergleiche durch standardisierte und flächendeckende Formate zulassen.

Operativ entscheidend sind die Erhebungsmethoden. Den rein digitalen Erhebungswegen gehört dabei eindeutig die Zukunft, weil sie eine flächendeckende, effiziente, aktuelle und individualisierbare Erfassung und zeitnahe Auswertung ermöglichen.

## „Auf dem Holzweg“: Befragungsergebnisse einsammeln

Neben gelungenen Entwicklungen soll hier auch von „Umwegen“ oder sich als irrig erwiesenen Ansätzen auf dem Weg zu erfolgreichen Lösungen berichtet werden.

Ein Beispiel: Die Weisse Liste hat einige Wege erprobt, um systematisch und flächendeckend Rückmeldungen von Patientinnen und Patienten zu erhalten. So sollte der Patientenfragebogen PEQ zunächst von Krankenhäusern kostenfrei eingesetzt werden, verbunden mit der Auflage, die Ergebnisse der Weissen Liste zu melden. Allerdings war die Bereitschaft, die Ergebnisse zu veröffentlichen, gering ausgeprägt, sodass keine nennenswerte Abdeckung erreicht werden konnte. Auch die Vorteile einer bundesweit einheitlichen (und damit benchmarkfähigen), nicht kommerziellen Befragungslösung für Krankenhäuser waren offenbar nicht überzeugend. Eine breite Abdeckung gelang erst durch die Kooperation mit Krankenkassen, die ihre Versicherten nach einem Krankenhausaufenthalt postalisch befragten.

Befragungsergebnisse zu Ärztinnen und Ärzten konnte die Weisse Liste trotz vielfältiger Kampagnen und Medienkooperationen ebenfalls nie flächendeckend abbilden. Initial wurden auch der Ärzteschaft Werbemittel bereitgestellt, wie es kommerzielle Bewertungsportale tun – doch ohne nennenswerten Effekt. Versuche zur Steigerung der Bewertungszahlen wie eine Straffung des Fragebogens oder eine einfachere Nutzerführung halfen wenig. Hauptursache war letztlich auch, dass aufgrund der gewählten Methode zur Manipulationssicherung nur Versicherte bestimmter Krankenkassen teilnahmeberechtigt waren. Auf ein Mindestmaß an Schutz wollte die Weisse Liste jedoch nicht verzichten.

## So nutzt die Weisse Liste Patientenerfahrungen

### Befragungsergebnisse zu Pflegeheimen:

- Zu Pflegeheimen liegen für das Bundesland Hamburg Ergebnisse einer landesweiten **Angehörigenbefragung** vor. Die Ergebnisse werden von den Aufsichtsbehörden und den Einrichtungen selbst genutzt und zusätzlich als Open Data zur Veröffentlichung freigegeben. Angaben zu kritischen Ereignissen wie etwa Gewalterfahrungen in den Einrichtungen werden aus methodischen Gründen nicht veröffentlicht, stehen jedoch den Behörden zur Verfügung und können Anlassprüfungen auslösen.
- Auf der Weissen Liste wird vorrangig die Weiterempfehlungsrates der Pflegeheime angezeigt, zusammengefasst dargestellt in drei mit Sternen symbolisierten Kategorien. Zusätzlich werden für jede Einrichtung Stärken und Schwächen bestimmter Qualitätsdimensionen ermittelt und ebenfalls in drei Stufen, dargestellt als ein bis drei Sterne, dargestellt. Darüber hinaus sind die Einzelergebnisse je Frage abrufbar.

### Befragungsergebnisse zu Krankenhäusern:

- Für Krankenhäuser setzt die Weisse Liste flächendeckend den **Fragebogen Patients' Experience Questionnaire (PEQ)**. Zusammen mit ihren Partnerkrankenkassen AOK, KKH und ehemals BARMER hat sie in den vergangenen zehn Jahren über neun Millionen Patientinnen und Patienten befragt. Mit über dreieinhalb Millionen Antworten und einer konstanten Antwortquote von fast 40 Prozent ist PEQ die umfassendste Patientenbefragung in Europa. Zu etwa 70 Prozent der Krankenhäuser werden Ergebnisse veröffentlicht. Die anonymisierten Daten werden auch der Versorgungsforschung zur Verfügung gestellt. Individualisierte Auswertungen inklusive Benchmarkdaten erhalten die Kliniken kostenfrei über die AOK.
- Als ergänzende Orientierungshilfe können Verbraucherinnen und Verbraucher **subjektive Erfahrungsberichte zu Krankenhäusern** nutzen, die online abgegeben wurden. Diese Informationen fließen nicht in die Ergebnisse der PEQ-Befragung ein. Die Erfahrungsberichte müssen festgelegte Vorgaben erfüllen und werden andernfalls nicht veröffentlicht.
- Das gilt zum Beispiel für Beleidigungen und Verleumdungen, die ebenso wie personenbezogene Daten in einem Moderationsprozess entfernt werden. Autorisierte Klinikbeschäftigte können auf jeden dieser Kommentare reagieren. Viele Kliniken nutzen die konkreten Rückmeldungen für Verbesserungen und geben öffentlich Feedback zu Lob und Kritik.
- Auf der Weissen Liste wird vorrangig die Weiterempfehlungsrates der Krankenhäuser angezeigt, zusammengefasst und vergleichend dargestellt in drei mit Sternen symbolisierten Kategorien. Sämtliche Detailergebnisse sind zusätzlich abrufbar. Bei Suchanlässen rund um die Geburtshilfe werden statt der allgemeinen Befragungsergebnisse die Ergebnisse des „PEQ-Geburt-Fragebogens“ angezeigt. Außerdem sind die Einzelergebnisse je Frage abrufbar.



## Exkurs Methodik des Patients' Experience Questionnaire (PEQ)

Der Patientenbefragung mit dem Patients' Experience Questionnaire (PEQ) hat die Bertelsmann Stiftung gemeinsam mit dem damaligen Schweizer „Verein Outcome“ entwickelt. Sie umfasst 15 Fragen zu vier aus Patientensicht relevanten Qualitätsbereichen, die wissenschaftlich validiert und erprobt sind.

Neben dem sogenannten „PEQ-Normal“ gibt es seit 2017 den „PEQ-Geburt“-Fragebogen, der speziell für die Erfahrung mit der Geburt im Krankenhaus entwickelt wurde und zusätzlich Fragen beispielsweise zur Schmerzbehandlung und zur Versorgung des Neugeborenen aufgreift. In jährlich fünf Wellen versenden die beteiligten Krankenkassen den Fragebogen an sämtliche Versicherte, deren Entlassung aus dem Krankenhaus zwischen zwei und acht Wochen zurückliegt und auf die bestimmte Ausschlusskriterien – etwa eine Demenzdiagnose – nicht zutreffen.

Die Auswertung erfolgt zentral und so, dass keine Rückverfolgung auf konkrete Personen möglich ist. In die Qualitätsdimensionen fließt jede einzelne Antwort gleich gewichtet ein. Unter der Überschrift „Weiterempfehlung durch Patienten“ erkennen die Nutzerinnen und Nutzer auf einen Blick, ob die Befragten das Haus ihrem besten Freund oder ihrer besten Freundin weiterempfehlen würden. Aus Gründen der Fairness und um Ausreißern kein Gewicht zu geben, werden die Ergebnisse erst dann veröffentlicht, wenn mindestens 75 Datensätze pro Krankenhaus bzw. 50 pro Fachabteilung vorliegen.

### Zufriedenheit mit der ärztlichen Versorgung

Unter anderem Fragen zur Einschätzung der medizinischen Qualität und zum Umgang der Ärztinnen und Ärzte mit den Patienten.

### Zufriedenheit mit der pflegerischen Versorgung

Unter anderem Fragen zur Einschätzung der pflegerischen Qualität und zum Umgang der Pflegekräfte mit den Patienten.

### Dimensionen des PEQ

### Zufriedenheit mit Organisation & Service

Unter anderem Fragen zum Aufnahme- und Entlassungsprozess, zu Wartezeiten und zur Sauberkeit.

### Weiterempfehlung

Abschließende Frage, ob das Krankenhaus insgesamt empfehlenswert ist.



## Diskussion

# „Digitalisierung bietet Chance auf Lösungen binnen kurzer Zeit“

**Die Erfahrungen von Patientinnen und Patienten sind ein wichtiger Gradmesser für die Qualität der Leistungen im Gesundheitswesen.** Es wäre absurd, Qualität ohne die Einschätzung der Betroffenen und ihrer Angehörigen zu beurteilen. Dies gilt auch für die Qualität der Behandlungsergebnisse. In einer Gesellschaft mit vielen alten und hochaltrigen Patientinnen und Patienten kann auch nicht die Abwesenheit von Krankheit, von Komplikationen oder von körperlichen oder psychischen Einschränkungen das alleinige Maß bilden, sondern es geht um eine möglichst hohe gesundheitliche Lebensqualität. Diese ist nur vom und am Patienten selbst zu „ermessen“ – herkömmliche Outcomedaten helfen bei dieser Frage nur bis zu einem gewissen Grad weiter. Patientenerfahrungen und von Patientinnen und Patienten berichtete Ergebnisdaten sind für ein qualitätsorientiertes Gesundheitswesen unabdingbar.

Wir hören und erleben in Studien und Tests, dass Patientinnen und Patienten durchaus kritisch, aber sehr souverän mit Patientenbewertungen umgehen. Sie können deren Aussagekraft gut einordnen und achten darauf, ob sie plausibel, vernichtend oder schönredend sind. Statistisch überwiegen erfahrungsgemäß positive Bewertungen.

Warum gibt es nicht längst eine standardmäßige, gesetzlich vorgeschriebene Abfrage von Patientenerfahrungen für alle Sektoren? Klar ist: Auf dem klassischen Weg, also per postalischer Befragung, wäre der Aufwand enorm und kaum bezahlbar. Aber wir befinden uns an einer entscheidenden Wegmarke: **Wenn wir jetzt ganz auf digitale Zugangs- und Erhebungswege setzen und die dafür nötigen Zugänge zu den Patientinnen und Patienten rechtlich, technisch und unter Wahrung des Datenschutzes freimachen, kann binnen weniger Jahre eine praktikable Lösung entstehen.** Methodisch können wir – zumindest, was Patientenerfahrungen im engeren Sinne angeht – auf bewährte Instrumente zurückgreifen, die die Weisse Liste entwickelt und erprobt hat. Perspektivisch sollten für möglichst viele Indikationen spezifische Instrumente zur Erhebung von Prozess- und Ergebnisqualität aus Patientensicht (Patient-Reported Experience und Outcome Measures, PPEMs und PROMs) eingesetzt werden.

## Komplexitätsreduktion

# Daten in Information verwandeln

Unüberschaubare Datenmengen sind für Patientinnen und Patienten nicht hilfreich. Diese brauchen stattdessen eine schnell und leicht verständliche Aufbereitung und Zusammenfassung aller relevanten Qualitätsdaten.

Mit Einführung der strukturierten Qualitätsberichterstattung stellten Transparenzanbieter, darunter auch die Weisse Liste, zunächst möglichst viele Informationen bereit, damit Nutzerinnen und Nutzer sich auf dieser umfassenden Grundlage selbst eine informierte Meinung bilden konnten. Das Ideal des mündigen, selbstbestimmten, gut informierten Patienten stand im Vordergrund. Ziel war es, Patientinnen und Patienten durch umfassende Information zu „empowern“. Die – möglichst ausführliche, detailreiche – Information galt als Bedingung des mündigen Patienten.

Die Weisse Liste hat ihre Grundannahmen über das Patienteninteresse im Laufe der Zeit revidiert. Die Erfahrungen in der Praxis zeigen, dass sich die idealtypische Vorstellung nicht mit dem Wunsch und Bedarf der Nutzerinnen und Nutzer nach konkreter Orientierung bis hin zu ausdrücklichen Empfehlungen deckt. Nutzertests zeigen, dass eine Fülle unterschiedlicher Qualitätsdaten die Nutzerinnen und Nutzer leicht abschreckt, sodass diese „kapitulieren“ und die Angaben ignorieren. Und Studien ergeben: Wer sich dennoch in ein solches „Informationsdickicht“ wagt, läuft eher Gefahr, an einen objektiv ungeeigneten Gesundheitsanbieter zu geraten, als wenn die Fülle der Qualitätsdaten sachgerecht zusammengefasst und pointiert dargestellt wird. Unabdingbare Voraussetzung dafür sind Methoden und entsprechende Algorithmen zur nutzerindividuellen Datenaggregation.

### Gute digitale Angebote

- reduzieren die Komplexität der Daten, fassen die Ergebnisse also sachgerecht zusammen und fokussieren auf das Wesentliche,

- arbeiten kontextsensitiv, liefern also den Nutzerinnen und Nutzern die für sie individuell relevanten Informationen – d. h. jene, die zur Gesundheitssituation oder zum Behandlungsanlass passen, wenn gewünscht aber auch Detailangaben,

- ermitteln individuelle Empfehlungen und nötigenfalls Warnungen, die Nutzerinnen und Nutzer bei ihrer Entscheidung für oder gegen einen Anbieter unterstützen. Die Warn- und Empfehlungsfunktion ist dabei für die Nutzerinnen und Nutzer wichtiger als ein gradueller Vergleich.

### WICHTIG!

- Die Reduktion von Komplexität darf nicht zu Lasten der Aussagekraft gehen, etwa Qualitätsunterschiede ungerechtfertigt nivellieren.
- Die Methode muss Gegenüberstellungen und Vergleiche zulassen.
- Das Qualitätsurteil muss die Nutzerinnen und Nutzer zum begründet bestmöglichen Anbieter hinführen.

**Kombinierte Qualitätsfilter, Scores** und **Rankings** sind drei Ansätze, die diese Anforderungen auf verschiedenen Wegen und in unterschiedlicher Ausprägung erfüllen. Wissenschaft und Praxis haben sich damit beschäftigt, wie sie funktionieren, was sie leisten und wo Stärken und Herausforderungen liegen. Am Beispiel Krankenhausvergleich sollen im Folgenden die Methoden erläutert werden.

Ein **kombinierter Qualitätsfilter** zeigt nur Krankenhäuser an, die bei mehreren festgelegten Kriterien gleichzeitig Mindestanforderungen erfüllen.

#### Pluspunkte

- + Leicht verständlich.
- + Geeignet, um die Zahl der angezeigten und geeigneten Krankenhäuser schnell und sinnvoll zu reduzieren.
- + Sicherheit, dass angezeigte Häuser Mindestqualität erfüllen.
- + Filteranforderungen lassen sich individuell anpassen.

#### Herausforderungen

- ! Je höher die Anforderungen sind, desto mehr Krankenhäuser fallen heraus. Nutzerinnen und Nutzer finden dann erwartete Häuser zum Vergleich ggf. nicht.
- ! Der Qualitätsfilter ergibt ein Schwarz-Weiß-Bild. Falls etwa zwingend eine wohnortnahe Versorgung geboten ist, aber kein Haus in der Nähe die Anforderungen erfüllt, hilft der Filter den Nutzerinnen und Nutzern nicht.
- ! Mindestanforderungen müssen normativ festgelegt werden – unabhängig davon, ob sie den individuellen Nutzerpräferenzen entsprechen oder nicht.

Ein **Composite Score** ist eine Gesamtbewertung von Qualität, die sich aus mehreren Einzelergebnissen zusammensetzt. Für jedes Krankenhaus wird also ein eigener „Gesamtqualitätswert“ gebildet, in den verschiedene Kriterien gewichtet oder auch ungewichtet einfließen. Über einen standardisierten Gesamtwert ist ein Vergleich sämtlicher Krankenhäuser möglich. Auf Basis statistischer Verfahren kann eine Rangfolge auf der Grundlage fester Kriterien vergeben werden. Die Umsetzung ist methodisch anspruchsvoller als der Qualitätsfilter, zum Beispiel wegen der Festlegung der Kriterien und ihrer Gewichtung. Bestimmte Grenz- und Schwellenwerte des Composite Score können zusätzlich auch als Filterkriterien dienen.

#### Pluspunkte

- + Standardisierte Berechnung.
- + Rangvergabe möglich, aber nicht zwingend; für Nutzer hilfreich ist bereits eine Gruppierung anhand der Score-Werte.
- + Leichte Vergleiche und Interpretation möglich.
- + Darstellung aller Krankenhäuser gewährleistet.

#### Herausforderungen

- ! Die konkrete Berechnung ist für Laien schwerer nachvollziehbar.
- ! Eine Auswahl der relevanten Kriterien muss für die Berechnung getroffen werden.
- ! Eine Gewichtung der Kriterien in der Gesamtwertung muss festgelegt werden.



Entwicklung und Anwendung eines Composite Measures für die Qualitätsdarstellung von Krankenhäusern





Bei **gestaffelten Ranglisten** werden verschiedenste Kriterien nacheinander und die Kliniken dann relativ zueinander bewertet. Die wichtigsten Auswahlkriterien wie medizinische Qualität und Fallzahlen werden priorisiert, sodass sie in einer bestimmten Reihenfolge angezeigt werden. Damit entsteht eine Rangliste von Top- und Low-Performern, dargestellt etwa in Ampelfarben.

Pluspunkte	Herausforderungen
<ul style="list-style-type: none"> <li>+ Gruppenbildung relativ einfach nachvollziehbar.</li> <li>+ Schneller Überblick über gute und schlechte Kliniken möglich.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>! Die Priorisierung der Kriterien erscheint schwer nachvollziehbar.</li> <li>! Es ist möglicherweise schwer zu verstehen, warum eine Klinik in der Region zwar gut abschneidet, im Bundesdurchschnitt aber schlechter.</li> <li>! Grenzwerte der Gruppen müssen festgelegt werden.</li> <li>! Ein Qualitätskriterium ist führend und wird als zentral für die Bewertung festgelegt.</li> </ul>

## 5 Gründe, warum die Weisse Liste einen Composite Score einsetzt

- 1 Nutzerinnen und Nutzer erhalten eine leicht zu interpretierende, leitende und gesamthafte Qualitätsaussage auf einen Blick.
- 2 Der Suchalgorithmus arbeitet für die Nutzerinnen und Nutzer: Das Verfahren reduziert die Komplexität, doch die zusammenfassende Qualitätsaussage büßt nichts an Aussagekraft ein.
- 3 Nutzerinnen und Nutzer können sich auf eine Qualitätsaussage konzentrieren, die viele Aspekte umfasst, und sie können diese leichter gegen andere Entscheidungskriterien wie Erreichbarkeit, Verfügbarkeit oder Kosten abwägen.
- 4 Die zugrunde liegende inhaltliche und statistische Datenbreite erlaubt, mithilfe von Grenz- und Schwellenwerten und ggf. zusätzlichen Kriterien wie Mindestfallzahl oder einer Zertifizierung belastbare Empfehlungen und Warnungen zu generieren.
- 5 Internationale Erfahrungen zeigen, dass sich der Score für eine informierte Auswahlentscheidung eignet. Demnach werden signifikant häufiger die bestmöglichen Leistungsanbieter ausgewählt.

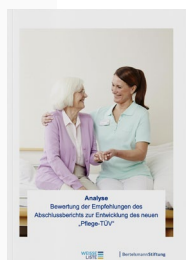
## Exkurs Herausforderungen der Qualitätsbewertung in der Pflege – Interpretationshilfe statt mathematischer Zusammenfassung

Mit Einführung der Transparenzberichte zu Pflegeeinrichtungen wurde eine zusammenfassende Qualitätsbewertung mit sogenannten Pflegenoten eingeführt. Dabei wurde auch eine Gesamtnote dargestellt. Das Problem: Nicht nur wurden relevante Aspekte mit irrelevanten zusammengefasst – also pflegefachliche Kriterien mit solchen wie „Schriftgröße der Speisekarte“ –, sondern auch die rechnerische Aggregation war methodisch fehlerbehaftet und letztlich irreführend. Mit einem Notendurchschnitt von 1,3 waren Qualitätsunterschiede nicht mehr erkennbar.

Solche Fehler wollten die mit der Reform des „Pflege-TÜV“ beauftragten Pflegewissenschaftlerinnen und Experten keinesfalls wiederholen. Sie verzichteten sowohl auf eine Gesamtbewertung als auch auf die Darstellung von Teilergebnissen der beiden wesentlichen Datenquellen: selbst erhobene Qualitätsdaten der Einrichtung und eine Begutachtung von Bewohnern durch den Medizinischen Dienst (MD). Auf Ebene der Kriterien bzw. Indikatoren findet eine Zusammenfassung statt, wobei bezüglich der MD-Prüfergebnisse methodische Webfehler auftreten. Qualitätsunterschiede werden rechnerisch nivelliert und mit begrifflich unscharfen Qualitätskategorien beschrieben („moderate“, „erhebliche“ und „schwerwiegende Qualitätsdefizite“). Einzelne Fehler ohne Risiko für Bewohner zählen nicht und fallen unter die Bewertungskategorie „keine oder geringe Qualitätsdefizite“. Dadurch sind gänzlich mangelfreie Einrichtungen nicht zu erkennen. Einrichtungen, in denen Bewohnerinnen und Bewohner bereits pflegebedingte Gesundheitsschäden erlitten haben, können dieselbe Bewertung („moderate Qualitätsdefizite“) erhalten wie Einrichtungen, bei denen risikobehaftete Pflegemängel ohne Gesundheitsschäden festgestellt wurden.

Im Endeffekt geht die Veröffentlichung abermals am Bedarf der Pflegebedürftigen und Angehörigen vorbei, die Angaben sind insgesamt schwer interpretierbar, tatsächliche Qualitätsunterschiede sind allein schon aufgrund der Fülle an Einzelkriterien und Informationen schwer erkennbar. Hinter dem Verzicht auf „Gesamtnoten“ steht möglicherweise ein Missverständnis der Verantwortlichen. Eine „Pflegenote“ im Sinne einer statistisch validen, kalkulierten Gesamtbewertung ist aus vielerlei methodischen Erwägungen heraus Unsinn. Das bedeutet jedoch nicht, dass sich deshalb alle Methoden der Zusammenfassung oder Gesamtaussagen generell verbieten. Eine verbraucherfreundliche Zusammenfassung im Sinne einer datengestützten, deskriptiven Interpretationshilfe ist möglich und geboten. Dazu müsste man Kernfragen der Betroffenen beantworten. Welche Einrichtung ist gänzlich einwandfrei? Welche sind die „schwarzen Schafe“? Gab es in der Vergangenheit gravierende, also risikobehaftete Defizite oder kamen gar Bewohnerinnen und Bewohner zu Schaden? Falls ja, kann im Detail gezeigt werden, wie viele und welche Defizite das waren.

Und: Schneidet die Einrichtung bei den mittlerweile eingeführten Ergebnisqualitätsindikatoren insgesamt besonders gut oder besonders schlecht ab? Mit diesen beispielhaften Ja-Nein-Fragen lassen sich aggregierte Aussagen aus den Rohdaten ermitteln und darstellen, die für die Pflegeheimauswahl entscheidend sind.



Bewertung der Empfehlungen des Abschlussberichts zur Entwicklung des neuen "Pflege-TÜV"





## Diskussion

# „Patienten brauchen deutliche Aussagen“

Die Methoden, mit denen aus einer Vielzahl von Daten Informationen gemacht werden sollen, müssen wissenschaftlich fundiert und patientenorientiert sein. Dazu liegen nun Prinzipien und Ansätze vor, um für Patientinnen und Patienten eine pointierte und aussagekräftige Qualitätsinformation zu generieren. Keinesfalls dürfen dabei Qualitätsunterschiede nivelliert werden oder Mängel unter den Tisch fallen, wie es aktuell etwa durch die Regelungen im Pflegesektor der Fall ist.

### Für Krankenhäuser hat die Weisse Liste einen Composite Score entwickelt – ein Novum in Deutschland.

Das Ziel ist, Nutzerinnen und Nutzern zu ausgewählten Indikationen eine leicht verständliche Gesamtaussage zur Verfügung zu stellen, mit der sie die Qualität von Krankenhäusern wirklich miteinander vergleichen können. Hierfür werden alle Einzelergebnisse aus den vier einbezogenen Qualitätskategorien mit einem statistischen Verfahren standardisiert, zusammengerechnet und gewichtet. Gerade mit der Kombination lässt sich eine zuverlässigere Aussage über die Qualität treffen als mit der Einzelbetrachtung der Komponenten. Festgelegt wurde bei der Entwicklung, dass zunächst alle vier Bereiche für die Qualitätsaussage gleich gewichtet werden.

Weitere Regeln ermöglichen, auf Grundlage des Composite Score Empfehlungen und Warnungen auszusprechen. **Hier geht es uns vor allem um eine schnelle und deutliche Aussage bei – nach Datenlage – auffälligen Krankenhäusern. Das gilt bei positiven wie auch bei negativen Ergebnissen.** Neben dem Gesamtscore spielen hier zusätzliche Bedingungen eine Rolle, beispielsweise, ob eine Behandlung besonders häufig oder sehr selten durchgeführt wird und ob die medizinische Ergebnisqualität besonders auffällig ist. Falls es in einem bestimmten Behandlungsbereich eine Zertifizierung gibt, gilt diese als zusätzliche Bedingung für eine Empfehlung. Bei den empfohlenen Krankenhäusern können die Nutzerinnen und Nutzer also sicher sein, dass sehr viele Qualitätskriterien erfüllt sind.



## 5

## Informationsdesign

# Qualität darstellen und vermitteln

Die Darstellung von Informationen hat viel größere Bedeutung als weithin vermutet. Schlechtes Design kann Patientinnen und Patienten sogar in die Irre führen und bewirken, dass sie ungeeignete Anbieter auswählen.

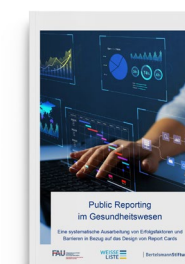
Filter, Rankings und Scores bilden die funktionalen, methodischen und gegebenenfalls statistischen Grundlagen, um Komplexität zu reduzieren. Doch es reicht nicht, die Komplexität von Informationen mit Rechenmethoden zu verringern, also Daten zusammenzufassen und Auswahllisten einzugrenzen. Zusätzlich muss ein patientenorientiertes Informationsdesign entwickelt werden. Das betrifft zunächst eine verständliche Sprache und eine Hierarchisierung der Informationen. Besonders hilfreich ist aber, die Informationen optisch gut und intuitiv zu gestalten, etwa mit Symbolen oder Piktogrammen.

Die Leitfragen aller Entscheidungen hinsichtlich des Informationsdesigns lauten: Finden die Nutzerinnen und Nutzer die entscheidenden Informationen? Verstehen sie die Angaben und interpretieren sie diese korrekt? Führt das Design am Ende zur bestmöglichen Auswahlentscheidung?

In einer Übersichtsstudie haben Wissenschaftler für die Weisse Liste Erfolgsfaktoren und Barrieren für gute Auswahlentscheidungen untersucht. Sie werteten mehr als zwei Dutzend Studien getrennt nach den drei Bereichen Ärzte, Krankenhäuser sowie Pflegeheime aus. Im Detail zeigten sich zwar aufgrund unterschiedlicher Studiendesigns durchaus heterogene Ergebnisse. Das gemeinsame Ergebnis aller Studien ist jedoch: Mängel im Informationsdesign und der Verzicht auf Komplexitätsreduktion können nicht nur abschrecken – sie machen es sogar unwahrscheinlich, dass Nutzerinnen und Nutzer anhand des Informationsangebots die für sie geeigneten Leistungsanbieter finden.

**Über alle Sektoren hinweg lassen sich aus den Studien grundsätzliche Anforderungen an das Informationsdesign ableiten. Die zehn wichtigsten Regeln lauten:**

- 1 Das Informationsdesign muss dazu beitragen, die Menge und Komplexität der Informationen und Daten zu reduzieren. Die Erfahrung zeigt: „Weniger ist mehr“. Will sagen: Eine geringere Informationsfülle sorgt oft für mehr Verständnis.
- 2 Informationen sollten nach Relevanz angezeigt und dabei die wichtigsten hervorgehoben werden – am besten ist dies mit Symbolen zu unterstützen.
- 3 Daten, die eine Qualitätsaussage enthalten, sollten mit evaluativen Symbolen verdeutlicht werden. Solche bewertenden Symbole müssen aus sich heraus verständlich sein, wie beispielsweise Sterne oder Ampeln. Je Datum oder Indikator sollte geprüft werden, ob die Darstellung des Symbols allein bereits genügt oder ob ergänzend der „genaue“ Wert, etwa eine Zahl oder Prozentangabe, erforderlich ist.
- 4 Zur besseren Übersicht sollte eine Auswahl ermöglicht und die Informationsmenge reduziert werden, etwa durch die Anzeige ausgewählter Daten und/oder Leistungsanbieter.
- 5 Leistungsanbieter sollten mit ihrer Qualität und den Angeboten auf einen Blick vergleichbar gemacht werden, zum Beispiel mittels Composite Score oder Ranglisten nach Performance.



Public Reporting im Gesundheitswesen



- 6 Werden Tabellen und Diagramme eingesetzt, ist auf erläuternde Symbole zu achten. Noch besser sind evaluative Symbole, die also eine Bewertung ausdrücken.
- 7 Kosteninformationen sollten je nach Kontext in Kategorien mit Symbolen wie Kreisen oder Sternen vergleichend eingeordnet werden – oder, je nach Relevanz der exakten Aussage, ggf. als absoluter Betrag dargestellt werden.
- 8 Bei einer Darstellung mit Zahlen sollten höhere Angaben für bessere Ergebnisse stehen, niedrigere für schlechtere Ergebnisse.
- 9 Die Sprache sollte einfach und selbsterklärend sein und Fachbegriffe sind zu vermeiden.
- 10 Erfahrungsberichte von Patientinnen und Patienten zu Einzelfällen dürfen nicht als bedeutender wahrgenommen werden als stärker belastbare Qualitätsaussagen, wie Qualitätsindikatoren oder standardisierte Befragungen.

## Die Rolle des Informationsdesigns bei der Weissen Liste

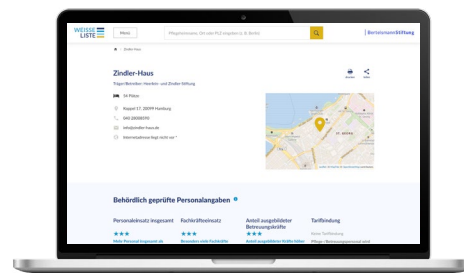
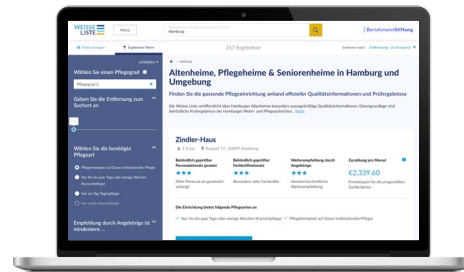
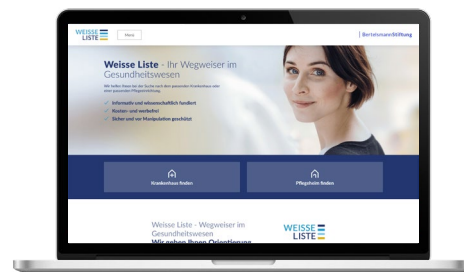
Die Weisse Liste gestaltet ihr Onlineangebot auf der Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse zum Informationsdesign und auf Basis ergänzender Nutzertests. Das Informationsdesign wird fortlaufend weiterentwickelt, denn es spielt bei der Vermittlung von Qualitätsinformationen eine enorm wichtige Rolle – und kann bei einer schlechten Umsetzung dazu führen, dass das Gegenteil des Gewünschten erreicht wird.

Nur wenn die Darstellung von Daten und Ergebnissen gut gelingt, kommen die Qualitätsinformationen bei Nutzerinnen und Nutzern an. Dabei gilt es selbstverständlich auch, die Prinzipien der Barrierefreiheit umzusetzen.

Aus der Gesamtheit von Studien lassen sich essenzielle Darstellungsprinzipien ableiten. Das konkret geplante Design muss dennoch vorab Nutzertests unterzogen werden.

### Wissenschaftlich fundiertes Informationsdesign in der Praxis

Die Weisse Liste entwickelt ihr Informationsdesign kontinuierlich weiter. Die aktuellste Ansicht der Krankenhaussuche findet sich unter:  
<https://www.weisse-liste.de/krankenhaus>



## Diskussion „Informationsdesign beeinflusst Auswahlentscheidungen“

Kommerzielle Anbieter, die im Netz Produkte und Dienstleistungen vergleichbar machen, können mit der Darstellung der Informationen durchaus vorbildlich sein. Sie prägen zudem den digitalen Zeitgeist und die Nutzererwartungen an digitale Angebote. Gelegentlich wird in der methodischen Debatte jedoch das Argument vorgebracht, eine Gesundheitseinrichtung sei nicht vergleichbar mit anderen Produkten oder Dienstleistungen, für die es im Internet Vergleiche gibt – daher müsse eine eigene Darstellung konzipiert werden.

Reduziert man die Fragestellung jedoch auf den Zweck von Symbolen, hier eine Qualitätsaussage zu vermitteln, und darauf, ob sie interpretierbar sind, geht das Argument ins Leere. Haben sich beispielsweise Sternsymbole zur Qualitätsbewertung in diversen Zusammenhängen etabliert, ist es durchaus sinnvoll, ihren Bedeutungsgehalt zu übertragen und zu nutzen, statt eine eigene unbekannte Symbolik einzuführen. So sind Sterne im Internet wie auch in Zeitschriften ein gebräuchliches Symbol für eine Bewertung, die in der Regel von allen Menschen verstanden wird.

Allerdings lässt sich ein schlichtes „copy and paste“ auch wiederum nicht umsetzen, denn im Kontext der Auswahl von Gesundheitsanbietern ist beim Informationsdesign eine besondere Sorgfalt anzulegen.

**Für das Informationsdesign liegen nun wissenschaftlich fundierte Prinzipien und Regeln vor:** Sie verdeutlichen unter anderem, dass „weniger mehr ist“, und empfehlen den Einsatz allgemein bekannter evaluativer Symbole.



## Rechtliche Bedingungen

# Empfehlungen sind möglich

Auch Ärzte, Krankenhäuser sowie Pflegeeinrichtungen müssen sich grundsätzlich die Bewertung ihrer Arbeit gefallen lassen. Der Spielraum dafür ist verhältnismäßig groß – gleichzeitig aber auch die Unsicherheit im Gesundheitswesen darüber, wer bewerten und empfehlen darf.

Patientinnen und Patienten wünschen sich bei der Suche nach einem passenden Gesundheitsanbieter tendenziell eine möglichst klare Empfehlung. Doch oft schrecken Institutionen und behandelnde Ärztinnen und Ärzte vor so einer Empfehlung zurück – im Glauben, diese sei ausnahmslos verboten oder juristisch anfechtbar. In der Vergangenheit setzten sich Leistungsanbieter wiederholt gegen die öffentliche Bewertung ihrer Arbeit zur Wehr. Meist richtete sich ihr Protest gegen Arztbewertungsportale mit Patientenbewertungen. Aber auch bewertende Angebote der Krankenkassen oder der Bundesländer wurden juristisch angefochten.

Die Rechtsprechung lässt allerdings keinen Zweifel daran, dass auch Dienstleister im Gesundheitswesen sich grundsätzlich öffentliche Bewertungen ihrer Arbeit gefallen lassen müssen, insbesondere solange sie neutral, objektiv und sachgerecht sind und – im Falle staatlicher Angebote – eine hinreichende Rechtsgrundlage haben. Vor allem dem Recht der Patientinnen und Patienten auf Informationsfreiheit in Belangen, die die Rechts- und Schutzgüter Gesundheit und Leben betreffen, räumt die Rechtsprechung hier einen hohen Stellenwert ein.

**Klar ist auch: Patientinnen und Patienten benötigen eine gute Informationsgrundlage, um ihre Wahlrechte, etwa die freie Arztwahl, informiert ausüben zu können. Fehlt diese Basis, wird automatisch auch ihr Wahlrecht tangiert.**

Ab wann genau von einer Empfehlung zu sprechen ist, hängt davon ab, inwieweit Elemente der Stellungnahme und eines persönlichen Dafür- und Dagegenhaltens erkennbar sind.

Auch redaktionelle Bearbeitungen wie Hervorhebungen können dafürsprechen. Eine bloße Bereitstellung von Tatsachen gilt meist als Information. Von Fall zu Fall kann es dazwischen fließende Übergänge geben.

Werturteile sollten grundsätzlich stets auf der Basis von Tatsachen, etwa Daten der Qualitätssicherung und Qualitätsmessung, zustande kommen. Auch Ergebnisse wissenschaftlich fundierter Patientenbefragungen zu Erfahrungen und Behandlungsergebnissen gehören dazu, wie es die Gesundheitsministerkonferenz für alle Einrichtungen des Gesundheitswesens fordert. Daneben sind subjektive Meinungsäußerungen und Bewertungen von Privatpersonen zulässig, solange die Äußerungen nicht gegen rechtliche Vorgaben verstoßen. Beispielsweise sind Formalbeleidigungen und sogenannte Schmähkritik nicht erlaubt.

Doch längst nicht jeder im Gesundheitswesen darf in Sachen Bewertung oder gar Empfehlung dasselbe. Die Abgrenzung zwischen Bewertung und Empfehlung mag zwar im Einzelfall schwierig sein, denn stark zusammenfassende, pointierte Bewertungen können, durchaus beabsichtigt und erwünscht, vom Adressaten als Empfehlung verstanden werden.

Doch für die Faustregel kommt es darauf gar nicht so sehr an. Es gilt: Staatsfernen Organisationen steht ein größerer Bewertungsspielraum zu als dem Staat oder öffentlichen Stellen.

Die Privaten dürfen grundsätzlich eindeutige Empfehlungen aussprechen, empfehlen und sich dafür verschiedener Datengrundlagen bedienen, solange dies in sachgerechter Weise unter Beachtung des Gleichbehandlungsgrundsatzes geschieht und solange nicht spezielle gesetzliche Vorgaben strengere Anforderungen begründen.

**Ausgerechnet denjenigen, die über die aussagekräftigsten Datenquellen verfügen, steht der geringste Spielraum für Bewertungen und Empfehlungen zu. Privaten Einrichtungen und Transparenzinitiativen fehlt dagegen oft der nötige Datenzugang.**

Das Problem lässt sich von zwei Seiten angehen: Zum einen lassen sich über Open-Data-Regelungen – durch Datennutzungsbedingungen abgesichert – neue, für alle nutzbare Datenzugänge schaffen, wie es sie schon für die Qualitätsberichte der Krankenhäuser gibt. Die Nutzungsbedingungen dürfen dabei nicht die verbraucherfreundliche Vermittlung und Informationsdarstellung einschränken. Zum anderen könnte der Staat eine Institution etablieren, die ähnlich wie eine Stiftung Warentest Bewertungen vornehmen darf. Sie muss dafür als staatsfern gelten, was konkret bedeutet, dass es keine staatliche Einflussmöglichkeit bezüglich der Inhalte geben darf.

**Vor diesem Hintergrund fassen wir im Folgenden zusammen, wer im Gesundheitswesen bestimmte Gesundheitsanbieter empfehlen darf:**

### Ärztinnen und Ärzte

Prinzipiell verbietet das Berufsrecht den Ärztinnen und Ärzten, von sich aus ihren Patienten andere Leistungserbringer zu empfehlen. Doch es gibt eine entscheidende Ausnahme: Wenn eine Patientin oder ein Patient gezielt nach einer Empfehlung fragt, dürfen Mediziner diese auch aussprechen. Sie dürfen sogar darauf aufmerksam machen, dass sie gefragt werden dürfen. Grundsätzlich jedoch ist die Empfehlung eines anderen Leistungserbringers aufgrund dessen guter Qualität regelmäßig unzulässig, sofern der Patient nicht danach fragt. Der Grundsatz gilt auch für Ärzte, die an Krankenhäusern arbeiten. In seltenen Einzelfällen kann es aufgrund einer besonderen Lage des Patienten rechtfertigende Gründe für eine Ausnahme geben. Das „Zuweisungs- und Empfehlungsverbot“ für proaktive Empfehlungen gilt insbesondere für die Empfehlung anderer Ärzte. Etwa, wenn ein Hausarzt eine Fachärztin empfiehlt.

Im Falle von Krankenseinweisungen sollen Ärzte den Patientinnen und Patienten gemäß der Krankenseinweisungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses die beiden nächsterreichbaren, geeigneten Krankenhäuser nennen. Auch in solchen Fällen können sie auf Bitte der Patienten konkrete Empfehlungen aussprechen.

### Krankenhäuser

Krankenhausträger unterliegen diesen prinzipiellen Empfehlungsverboten grundsätzlich wohl nicht, auch wenn für die Ärztinnen und Ärzte, die in Krankenhäusern arbeiten, dieselben rechtlichen Anforderungen gelten wie oben erwähnt. Einige Landeskrankengesetze, etwa in Bremen und Nordrhein-Westfalen, verbieten zwar ausdrücklich Zuweisungen gegen Entgelt oder andere Vorteile, doch das Thema Empfehlungen wird darin nicht ausdrücklich angesprochen. Auf kooperierende Ärztinnen und Ärzte oder sonstige qualifizierte Einrichtungen sachlich hinzuweisen, dürfte dem Krankenhaus als Einrichtung erlaubt sein, etwa im Kontext zertifizierter Behandlungszentren. Sonstige ausdrückliche Empfehlungen mit werblichem Charakter, etwa auf der Website des Krankenhauses, werden jedoch in der Regel wettbewerbswidrig sein.

### Geförderte Einrichtungen im Gesundheitswesen wie die UPD

Institutionen wie die Unabhängige Patientenberatung (UPD) sind per Sozialgesetzbuch (SGB) ausdrücklich damit beauftragt, Verbraucherinnen und Verbraucher mit qualitätsgesicherten Informationen zu versorgen. Sie dürfen auch Anbieter von Leistungen empfehlen, dabei aber auf keinen Fall subjektive Kriterien verwenden. Stattdessen müssen

- die Empfehlungen auf der Grundlage objektiv nachvollziehbarer Kriterien hergeleitet,
- sachlich korrekt, evidenzbasiert und neutral sein.

Rechtlich unklar bleibt allerdings, welche Maßstäbe genau bei Evidenzbasierung und Neutralität anzulegen sind. Eine zulässige Datengrundlage für die UPD können die Qualitätsberichte der Krankenhäuser sein. Hingegen darf sie als geförderte Einrichtung sich beispielsweise nicht ausschließlich auf Informationsquellen verlassen, deren Methodik oder Zustandekommen wissenschaftlichen Standards nicht genügen und die rein subjektive Werturteile oder Einzelmeinungen wiedergeben.



Die Berechtigung zur qualitativen Empfehlung von Leistungserbringern





### Krankenkassen

Grundsätzlich sieht die Gesetzgebung nicht vor, dass Krankenkassen ihre Versicherten bei der Auswahl von Leistungserbringern beraten. Sie sollen diese vor allem informieren. Doch im Spannungsfeld ihres Auftrags rund um die Gesundheit ihrer Versicherten gibt es hiervon Ausnahmen, etwa im Zusammenhang mit Krankenhäusern. Hier gilt:

- Krankenkassen dürfen auf Basis der Qualitätsberichte vergleichend über Qualitätsmerkmale der Krankenhäuser informieren und auch Empfehlungen aussprechen.
- Die vergleichenden Informationen dürfen allerdings nicht dazu führen, dass die Leistungserbringer erheblich in ihren Möglichkeiten und Marktchancen eingeschränkt sind. Ob das geschieht, kann nur im Einzelfall geprüft werden.
- Bei ihren Vergleichen müssen die (gesetzlichen) Krankenkassen grundsätzlich alle vertraglich beziehungsweise gesetzlich zugelassenen Leistungserbringer berücksichtigen, nicht nur eine Auswahl.

### Staatliche Informationsangebote, insbesondere das Nationale Gesundheitsportal

Derzeit bietet das Nationale Gesundheitsportal [www.gesund.bund.de](http://www.gesund.bund.de) Patientinnen und Patienten neben evidenzbasierten Gesundheitsinformationen auch sogenannte Expertensuchen an. Das sind Suchmöglichkeiten nach Ärztinnen und Ärzten sowie Krankenhäusern. Pflege- und Reha-Einrichtungen fehlen bislang. Das Nationale Gesundheitsportal will und sollte sich strikt am Patienteninteresse orientieren. Für das Dilemma, dass Patienten sich eine „Empfehlungsfunktion“ wünschen, aber das staatliche Informationshandeln stark reglementiert ist, gibt es aus rechtlicher Sicht zwei Lösungswege. Entweder bleibt es bei der staatlichen Lösung und der Gesetzgeber schafft für sie eine **Rechtsgrundlage**, die ausdrücklich auch zu qualitativen Anbieterempfehlungen ermächtigt. Auf dieser Grundlage könnte der Gesetzgeber diese Aufgabe der Regierung einer nachgeordneten Behörde oder einer eigens zu gründenden öffentlich-rechtlichen Einrichtung übergeben. Dann müsste er die konkreten Informationsgrundlagen für die qualitativen Anbieterempfehlungen vorgeben. Weil es um staatliches Informationshandeln geht, würde es Leistungserbringern in Zweifelsfällen leichterfallen, die Qualitätsaussagen anzufechten. Oder – alternativ – **der Staat etabliert eine staatsferne Einrichtung, die nicht den Regeln für staatliches Informationshandeln unterliegt.**

Zu beachten ist: Eine privatrechtliche Rechtsform allein bedeutet noch nicht, dass die Institution als staatsfern gelten kann und damit eine Art Freibrief für Bewertungen und Empfehlungen bekommt. Die rechtliche und faktische Ausgestaltung der Organisation muss sicherstellen, dass Inhalte und Veröffentlichungen frei von staatlichem Einfluss bleiben. Analog zur Stiftung Warentest könnte etwa eine privatrechtliche Stiftung gegründet werden, die im Gesundheitswesen qualitative Anbieterempfehlungen veröffentlicht. Dafür könnte sie auch mit Dritten kooperieren. Eine solche staatsferne Einrichtung und ihre Kooperationspartner wären freier bei der Auswahl ihrer Informationsquellen. Gleichzeitig wären sie auf die Bereitstellung der notwendigen Datengrundlagen angewiesen. Da eine solche Einrichtung dennoch durch die Rechtsprechung zur sachlichen, neutralen und nicht diskriminierenden Veröffentlichung verpflichtet wäre, wären Leistungserbringer ausreichend geschützt.

### Juristische und natürliche Personen des Privatrechts, die nicht selbst als Leistungserbringer tätig sind

Unter diese Kategorie fallen zum einen Bewertungsangebote, die ausschließlich subjektive Bewertungen von Patientinnen und Patienten sowie allgemein zugängliche Kontaktdaten von Leistungsanbietern veröffentlichen. Zum anderen sind damit Anbieter – auch als juristische Personen – gemeint, die Empfehlungen auf der Grundlage von Qualitätsdaten abgeben. Dies trifft auch auf die Weisse Liste zu. Nichtstaatliche, privatrechtliche Angebote haben einen verhältnismäßig großen Spielraum, Bewertungen vorzunehmen und Empfehlungen auszusprechen. Qualitätsempfehlungen dieser Absender und ihre Verbreitung bzw. Veröffentlichung sind geschützt durch die Freiheit der Meinungsäußerung in Artikel 5 Absatz 1 des Grundgesetzes. Sie dienen auch dem Schutz der körperlichen Unversehrtheit von Patientinnen und Patienten und nach Artikel 2 des Grundgesetzes. Die Freiheit zur Verbreitung gilt ebenfalls für die Onlineveröffentlichung. Anders als etwa die Krankenkassen dürfen private Einrichtungen, ob gemeinnützig oder privatwirtschaftlich, auch andere Quellen als offizielle Berichterstattung zur Qualität nutzen. Aus der Perspektive von Patientinnen und Patienten geht es beim Thema Qualitätsbewertung um ihre Grundrechte: um das Recht auf Meinungsbildungs- und Informationsfreiheit sowie das Recht auf körperliche Unversehrtheit.

Leistungsanbieter können nur dann mit Aussicht auf Erfolg gegen Bewertungen vorgehen, wenn damit zu ihren Gunsten geschützte Rechtspositionen beeinträchtigt werden, etwa ihr Recht am eingerichteten und ausgeübten Gewerbebetrieb. Doch wie jeder Hersteller von Waschmaschinen und jede Versicherungsgesellschaft müssen sich auch Leistungsanbieter im Gesundheitswesen der öffentlichen Kritik ihrer Produkte und Dienstleistungen stellen. Die juristische Grenze ist dort erreicht, wo es sich um falsche Tatsachenbehauptungen, Schmähkritik und anderweitig rechtswidrige Äußerungen handelt.

### Darauf ist grundsätzlich bei Qualitätsempfehlungen zu achten:

- Sie müssen neutral, objektiv und sachkundig sein.
- Sie dürfen keine Tatsachen verzerren und keine unwahren Tatsachen behaupten.
- Sie dürfen einzelne Leistungserbringer nicht willkürlich gegenüber anderen benachteiligen oder bevorzugen.
- Sie dürfen Angebote nicht willkürlich falsch bewerten. Das bedeutet nicht automatisch, dass die Bewertung unter allen Umständen oder denkbaren Bewertungsmethoden zu einem „wahren Ergebnis“ führen muss. Eine Bewertung ist auch dann zulässig, wenn das Bemühen um Richtigkeit erkennbar ist.

### Was für Leistungsanbieter daraus folgt:

- Sie müssen hinnehmen, dass Vergleichsanbieter in der Wahl ihrer Mittel unterschiedlich frei – und insbesondere private, nichtstaatliche Anbieter flexibel darin – sind, zu Qualitätsempfehlungen zu kommen; anders beispielsweise als Ärzte und Krankenkassen.
- Sie müssen sich der öffentlichen Kritik ihrer Leistungen stellen. Sie können sich nicht allein deshalb gegen Kritik wehren, weil diese für sie ungünstig ist. In Streitfällen ist zwischen dem Schutz der Meinungsbildungs- und Informationsfreiheit sowie dem Interesse des betroffenen Leistungserbringers abzuwägen.
- Im Einzelfall muss bei wertenden Urteilen geklärt werden, ob eine Äußerung unzulässig ist. Das ist sie jedoch nicht allein deshalb, weil sie kritisch ist.
- Ein Hinweis auf unzulässige Äußerungen kann es sein, wenn es sich um Schmähkritik handelt.

## Qualitätstransparenz: Hier sieht die Weisse Liste ihren Auftrag

Patientinnen und Patienten haben ein Recht auf Qualitätsinformationen, die Vergleiche und Bewertungen bis hin zu Empfehlungen beinhalten können. Aus vielen Befragungen ist bekannt, dass Verbraucherinnen und Verbraucher diese Form der Orientierung benötigen und sich explizit wünschen. Die gesetzlichen Grundlagen und die aktuelle Rechtsprechung geben der Weissen Liste dafür einen gewissen Spielraum zu qualitativen Empfehlungen, denn sie zählt aus rechtlicher Sicht zur Gruppe der privaten und im Fall der Weissen Liste sogar gemeinnützigen Anbieter.

Sie darf nicht nur ausgewählte Fakten darstellen, sondern auch subjektive Erfahrungen von Patientinnen und Patienten zur Qualität und zum Behandlungsergebnis von Anbietern für eine patientenorientierte Verbraucherinformation nutzen. Ihre Rechte sind tendenziell umfassender als die aller anderen in diesem Kapitel beschriebenen Gruppen. Damit bringt die Weisse Liste neben den inhaltlichen die rechtlichen Voraussetzungen mit, um gegebenenfalls auch in Kooperation mit staatlichen Stellen qualitative Anbieterempfehlungen zu geben.

## Ermessungsspielraum bei Bewertungskriterien

**Die gerichtliche Auseinandersetzung zwischen der Weissen Liste und einem Pflegedienstbetreiber zeigt, als wie weitreichend die Justiz das Recht auf freie Meinungsäußerung mit Blick auf Vergleichsangebote einschätzt.**

Der Pflegedienstbetreiber zog 2017 vor Gericht, weil die Weisse Liste neben der damals üblichen Bewertung mit methodisch umstrittenen „Pflegeroten“ eine eigene Bewertungssystematik einführte und veröffentlichte. Diese griff allein die medizinisch-pflegerischen Teilbereiche der Qualitätskriterien des Transparenzberichts des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) heraus und ermittelte daraus, inwieweit diese bei allen vom MDK überprüften Pflegebedürftigen vollständig erfüllt wurden. Der Kläger schnitt in diesen Teilbereichen nicht gut ab. Durch die selektive Veröffentlichung sah er einen unzulässigen Eingriff in seinen Gewerbebetrieb. Nachdem das Landgericht Wiesbaden die Klage bereits abgewiesen hatte, bestätigte auch das Oberlandesgericht Frankfurt am Main im Berufungsverfahren das Urteil mit Verweis auf die weitreichenden Rechte der Meinungs- und Informationsfreiheit nach Artikel 5 Absatz 1 des Grundgesetzes.

Das Oberlandesgericht machte deutlich, dass der Verbraucheraufklärung im Sinne des Grundgesetzes eine besondere Bedeutung zukommt und dafür ein „angemessener Ermessensfreiraum zur Verfügung“ steht. Es stehe der Weissen Liste dabei „grundsätzlich frei“ zu entscheiden, welche Kriterien sie ihrer Qualitätsbewertung zugrunde lege. Maßstab sei, welche Informationen für die betroffenen Menschen von besonderer Bedeutung seien. Der damaligen Bewertungsmethode der Weissen Liste wurde attestiert, sachgerecht, neutral und nicht missbräuchlich zu sein.

Aus dem Urteil geht auch hervor, dass veröffentlichende Stellen generell sowohl die Datenquellen als auch das methodische Zustandekommen der Bewertung deutlich machen sowie eine Verwechslungsgefahr mit ähnlichen Bewertungsmethoden vermeiden müssen – im damaligen Fall waren das die „Pflegeroten“.

Oberlandesgericht Frankfurt am Main AZ 16 U 137/17  
Landgericht Wiesbaden AZ 11 O 7/17

## Diskussion

### „Qualitätsberichterstattung muss keine Angst vor Gerichten haben“

Für die Qualitätsberichterstattung im Gesundheitswesen gibt es einerseits einen Rechtsrahmen, der meist auf gesetzlichen Sonderregelungen für die jeweiligen Sektoren beruht und oft von der Selbstverwaltung ausgestaltet wird. Andererseits entwickelt sich auch die Rechtsprechung in diesem Themenkreis fort. Sie basiert auf der langjährigen „Test-Rechtsprechung“ – so genannt, weil leitende Urteile im Kontext von Qualitätsbewertungen der Stiftung Warentest ergingen. Die Rechtsprechung hat Anforderungen definiert, die es Anbietern ermöglichen, gegen irreführende Veröffentlichungen vorzugehen, und die Fairness und Sachkunde in der Beurteilung unabding-

bar machen. Darauf können sich grundsätzlich alle Anbieter berufen. Diese Grundsätze schützen die Anbieter aus unserer Sicht völlig ausreichend. Sie dienen gleichermaßen dem Schutz der Verbraucher vor Irreführung und Fehlinformationen. Dies vorausgeschickt, sollten in den spezialgesetzlichen Regelungen und darunter erarbeiteten Richtlinien und Regelungen methodische Vorgaben vermieden werden, die eine klare Qualitätsbewertung und -darstellung behindern, Qualitätsunterschiede nivellieren oder für Verbraucher relevante Informationen unterschlagen und damit die Anbieterseite über Gebühr in Schutz nehmen.

# Das Wichtigste auf einen Blick

## Suchprozess

**Patientinnen und Patienten wünschen sich eine Orientierungshilfe bei ihrer Suche nach dem richtigen Gesundheitsversorger.** Digitale Informationskanäle eignen sich dafür am besten. Informationsangebote erfüllen in verschiedenen Suchphasen der Nutzerinnen und Nutzer unterschiedliche Funktionen: von der ersten Orientierung bis zur Vergewisserung einer Entscheidung. Allerdings müssen sie besser zu finden sein – und Nutzerinnen und Nutzer dann erreichen, wenn diese die Informationen tatsächlich benötigen. Angenommen werden die Angebote zudem nur, wenn sie vertrauenswürdig und auf den ersten Blick verständlich und nutzerorientiert gestaltet sind.

## Qualitätsbegriff

**Das Qualitätsverständnis muss nachvollziehbar sein.**

Es gibt bislang keine allgemeingültigen Definitionen der Qualität von Leistungsanbietern. Umso wichtiger ist es, dass digitale Vergleichsangebote offenlegen und nachvollziehbar machen, was sie darunter verstehen.

## Patientenstimme

**Persönliche Erfahrungen sind aus Patientensicht ein wichtiger Bestandteil von Qualitätsinformationen.**

In Deutschland werden allerdings systematisch erhobene Erfahrungen von Patientinnen und Patienten noch viel zu wenig genutzt. Dabei können sie nicht nur wichtige Informationen über die Behandlung, sondern auch zur tatsächlichen Ergebnisqualität liefern. Künftig sollten – zusätzlich zu Erfahrungen mit Prozessen und Behandlern – auch patientenberichtete Ergebnisse (Patient-Reported Outcomes oder PROs) strukturiert erhoben werden.

## Komplexitätsreduktion

**Unüberschaubare Datenmengen schrecken ab und behindern die Auswahlentscheidungen.** Den Patientinnen und Patienten über geeignete Gesundheitsanbieter liegen riesige Datenmengen zugrunde.

Um verständlich zu sein, müssen diese Daten für ratsuchende Patientinnen und Patienten in ihrer Komplexität so weit wie möglich reduziert werden, ohne dass sie an Aussagekraft verlieren. Die für den jeweiligen Anlass relevanten Daten müssen zu verständlichen Qualitätsaussagen zusammengefasst werden, ohne die Unterschiede zu nivellieren. Für den Suchanlass unwesentliche Angaben sind wegzulassen – erst dann werden Daten zu nützlichen Informationen. Klare Empfehlungen und Warnungen sind dabei wichtiger als graduelle Vergleiche.

## Informationsdesign

**Die Rolle der Gestaltung von Informationen wird unterschätzt.** Schlechtes Design kann in die Irre und sogar zur Auswahl ungeeigneter Anbieter führen. Die Wahrscheinlichkeit, dass Patientinnen und Patienten eine gute Wahl treffen, steigt, wenn allgemein bekannte bewertende Symbole wie Sterne oder Ampeln verwendet werden. Die Wirkung des Informationsdesigns muss jeweils in Nutzertests überprüft werden.

## Rechtliche Bedingungen

**Patientinnen und Patienten haben einen Anspruch auf Qualitätstransparenz. Vergleiche und Empfehlungen sind zulässig.** Dienstleister im Gesundheitswesen müssen sich grundsätzlich gefallen lassen, dass ihre Arbeit bewertet wird. Gerichte haben in den vergangenen Jahren immer wieder deutlich gemacht, dass der Spielraum dabei sehr groß ist. Gleichzeitig besteht im Gesundheitswesen Unsicherheit darüber, wer bewerten und empfehlen darf. Als Faustregel gilt: Private Organisationen haben grundsätzlich mehr Spielraum als der Staat und öffentliche Stellen. Der Gesetzgeber kann aber zu diesem Zweck eine Rechtsgrundlage schaffen oder eine privatrechtliche Institution einrichten. Ärztinnen und Ärzte dürfen empfehlen, wenn sie danach gefragt werden.

## Impressum

© April 2023  
Weisse Liste gemeinnützige GmbH,  
Gütersloh

DOI  
10.11586/2022132

Verantwortlich  
Uwe Schwenk

Autoren  
Johannes Strotbek  
Hannah Wehling

Redaktion  
Karola Schulte

Gestaltung  
Yellowmonkey  
Werbeagentur GmbH

Informationen zum  
Projekt finden Sie  
auf [www.weisse-liste.de/projekt](http://www.weisse-liste.de/projekt)

#### **Adresse | Kontakt**

Weisse Liste gemeinnützige GmbH  
Werderscher Markt 6  
10117 Berlin  
Telefon +49 30 275788-300

Johannes Strotbek  
Senior Project Manager  
Telefon +49 30 275788-320  
johannes.strotbek@weisse-liste.de

Hannah Wehling  
Senior Project Manager  
Telefon +49 30 275788-326  
hannah.wehling@weisse-liste.de

[www.weisse-liste.de](http://www.weisse-liste.de)

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

Uwe Schwenk  
Director  
Programm Gesundheit  
Telefon +49 5241 81-81418  
uwe.schwenk@bertelsmann-stiftung.de

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