

Offenlegen oder nicht? Chancen und Risiken der Veröffentlichung von medizinischen Qualitätsvergleichen

To disclose or not to disclose? Chances and risks of public reporting of medical quality information

Autoren

D. L. B. Schwappach^{1,2} H.-J. Schubert²

Institut

¹ Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung ISGF

² Universität Witten-Herdecke

Einleitung

Es gibt wenige Themen, die im deutschen Gesundheitssystem so reflexartig und emotional diskutiert werden wie die Frage, ob vergleichende Informationen über die Qualität der Leistungsanbieter öffentlich zugänglich gemacht werden sollen. Qualität ist ein komplexes Konstrukt, welches verschiedene Dimensionen beinhaltet und aus unterschiedlichen Perspektiven beurteilt werden kann (z.B. die „subjektive“ Patientenperspektive und die „objektive“ Fachperspektive). Entsprechend steht auch für die Qualitätsmessung ein weites Spektrum an vielen unterschiedlichen Kriterien oder Indikatoren zur Verfügung: Für den stationären Bereich zählen dazu beispielsweise die Messung der Patientenzufriedenheit, die Beurteilung der Qualität durch (niedergelassene) Zuweiser, die Erhebung struktureller Leistungsdaten wie beispielsweise Fallzahlen sowie die Messung medizinischer Qualitätsindikatoren. Letztere werden traditionell im Rahmen der medizinischen Qualitätssicherung eigens erfasst, zunehmend aber auch aus Routinedaten abgeleitet (z.B. Komplikationsraten). Auch für Deutschland wurden bereits erste Studien durchgeführt, in denen Qualitätsindikatoren aus medizinischen Routinedaten extrahiert und sogar in Form von Qualitätsranglisten verschiedener Leistungsanbieter ausgewertet wurden [4, 9, 38]. Während strukturelle Leistungsdaten bereits heute schon in den gesetzlichen Qualitätsberichten veröffentlicht und damit für „Qualitätsvergleiche“ zur Verfügung stehen, so werden jedoch die Ergebnisse der medizinischen Qualitätsmessung, auf die der vorliegende Artikel fokussiert, bislang nicht systematisch in öffentlichen Qualitätsvergleichen transparent dokumentiert. Zwar werden für Deutschland durch die „Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung“ (BQS) schon heute Daten zu einer Vielzahl medizinischer Qualitätsindikatoren systematisch erhoben; diese werden aber im Gegensatz zu an-

deren Ländern bisher vorrangig anonymisiert veröffentlicht, das heißt, ohne namentliche Angabe der Leistungserbringer. Ausnahmen bilden regionale, in Initiativprojekten entwickelte Veröffentlichungen der BQS-Daten, die auf freiwilliger Partizipation der Leistungserbringer beruhen, wie „Der große Berliner Klinikvergleich“ und der „Klinik-Führer Rhein-Ruhr“. Dass diese Daten nicht für das gesamte Bundesgebiet offen gelegt werden, obwohl sie theoretisch auch für mandatorische und explizite Qualitätsvergleiche verfügbar und dann von Patienten für Entscheidungen nutzbar wären, mag von besonderer psychologischer Wirkung auf die öffentliche Wahrnehmung sein. Beispielsweise titelte *Der Spiegel* zu dieser Problematik Anfang 2006 „Die Zeit ist reif für die Wahrheit. Alle Kliniken müssen einer Zentralstelle melden, ob eine Operation gelang oder nicht. Funktionäre verhindern die Veröffentlichung des Datenschatzes – wo geschludert wird, soll geheim bleiben“ [17]. In den USA und Großbritannien wird die namentliche Offenlegung von vergleichenden medizinischen Leistungs- und Qualitätsdaten bereits seit längerer Zeit in verschiedenen Formen (Ranglisten, Report Cards, u.a.) praktiziert und ist inzwischen fest etabliert. Die Wirkungen solcher Aktivitäten sind bisher noch nicht umfassend durch wissenschaftliche Evaluationen erforscht. Dennoch ergeben sich aus den vorliegenden internationalen Untersuchungen wichtige Erkenntnisse für die zu erwartenden Auswirkungen die leider in der deutschen Diskussion häufig vernachlässigt werden. Diese Evidenz vorzustellen, kritisch zu würdigen und mögliche Konsequenzen abzuleiten ist Gegenstand dieser Arbeit.

kurzgefasst

In der deutschen Öffentlichkeit wird zunehmend die Transparenz der systematisch erhobenen Qualitätsdaten gefordert.

Qualitätskontrolle

Schlüsselwörter

- Qualitätsvergleich
- Transparenz
- Outcome-Messung
- Qualitätssicherung

Key words

- quality report
- disclosure
- outcome measurement
- quality assurance

eingereicht 6.3.2007

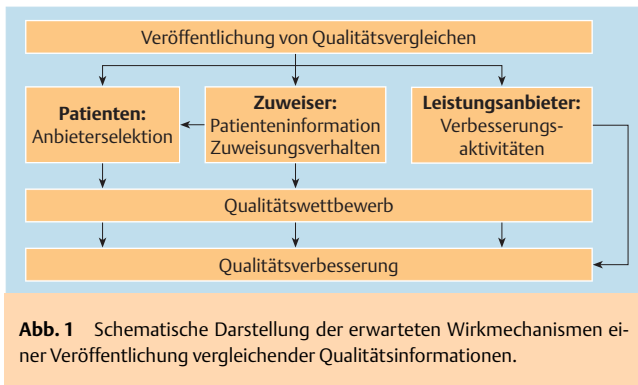
akzeptiert 9.8.2007

Bibliografie

DOI 10.1055/s-2007-993112
Dtsch Med Wochenschr 2007;
132: 2637–2642 · © Georg
Thieme Verlag KG Stuttgart ·
New York · ISSN 0012-0472

Korrespondenz

Prof. Dr. David Schwappach
Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung ISGF
Konradstraße 32
CH 8031 Zürich
Tel. 0041/44448-1160
Fax 0041/44448-1170
eMail David.Schwappach@
isgf.unizh.ch



Theoretische Überlegungen und Erwartungen an die Offenlegung

Basierend auf theoretischen Überlegungen werden von den Befürwortern hohe Erwartungen mit der Offenlegung und dem Vergleich von medizinischen Qualitätsdaten verbunden. Neben dem Argument des „Rechtes auf Information“ der Patienten werden verschiedene Mechanismen erwartet, die langfristig zu einer Gesamtverbesserung der Versorgungsqualität führen (► **Abb. 1**).

Insbesondere wird betont, dass Patienten sich mit vergleichenden Informationen über die Versorgungsqualität der Leistungsanbieter informieren und solche mit hoher Qualität auswählen können. Ein positiver Effekt wird ebenfalls durch die niedergelassenen Ärzte erwartet. Diese können einerseits publizierte Qualitätsvergleiche mit ihren Patienten im Vorfeld einer stationären Behandlung diskutieren und andererseits entsprechend der Qualitätsdaten direkt ihr Zuweisungsverhalten verändern. Sowohl eine Qualitäts-orientierte Anbieterselektion durch Patienten als auch Änderungen im Zuweisungsverhalten würden in der Konsequenz zu Verschiebungen in Leistungsmengen und Marktanteilen zwischen Leistungsanbietern mit „guter“ und „schlechter“ Qualität führen. Gleichzeitig wird so ein indirekter Druck auf die Krankenhäuser erhofft, der langfristig zu stärkeren Bemühungen um Qualitätsverbesserungen führen soll. Schlussendlich sollen die Effekte einer Veröffentlichung von Qualitätsinformationen und eines induzierten Qualitätswettbewerbes Veränderungen in der Ergebnisqualität der Versorgung bewirken.

Die Idee des Qualitätswettbewerbs um Patienten ist zweifelsohne bestechend und würde auch für das deutsche Gesundheitssystem eine neue, qualitätsorientierte Dynamik erwarten lassen. Allerdings sind die zugrunde liegenden Mechanismen anspruchsvoll, setzen sie doch voraus, dass veröffentlichte Qualitätsvergleiche einerseits tatsächlich Qualitätsunterschiede wiedergeben und andererseits von Patienten und Zuweisern genutzt und in Nachfrage-Entscheidungen übersetzt werden. Ob diese Annahmen hinsichtlich der Validität und Wirksamkeit von Qualitätsvergleichen anhand medizinischer Indikatoren erfüllt sind, wurde in einer Reihe internationaler Studien empirisch untersucht.

kurzgefasst

Mit der Veröffentlichung wird eine qualitätsorientierte Anbieterselektion durch Patienten und Zuweiser und damit ein Qualitätswettbewerb der Leistungsanbieter erwartet.

Validität von Qualitätsvergleichen anhand medizinischer Indikatoren

Die Zulässigkeit und Validität medizinischer Qualitätsvergleichen, ob also Unterschiede in Ergebnis-Kennzahlen wirklich Qualitätsunterschiede widerspiegeln, ist nicht nur eine Frage der Fairness gegenüber den beteiligten Leistungsanbietern, sondern sie ist notwendig, um negative Auswirkungen eines Qualitätswettbewerbes zu verhindern. Würde beispielsweise ein Leistungsanbieter mit tatsächlich „schlechter“ Qualität in veröffentlichten Qualitätsinformationen fälschlicherweise als Anbieter mit „guter Qualität“ deklariert, und würde dies in der Folge – wie ja erhofft – die Nachfrage beeinflussen und Verschiebungen in den Leistungsmengen zugunsten dieses Anbieters bewirken, so würde sich insgesamt die Qualität der Versorgung reduzieren.

Voraussetzung für die Zulässigkeit von Qualitätsvergleichen ist der statistische Ausgleich von Faktoren, die einen Einfluss auf die Behandlungsergebnisse (z.B. Mortalität) haben können, aber nicht durch das Krankenhaus beeinflussbar sind. Durch eine Risikoadjustierung sollen systematische Unterschiede in den Patientengruppen zwischen Krankenhäusern ausgeglichen werden und die so adjustierten Daten theoretisch tatsächliche Qualitätsunterschiede widerspiegeln. Eine unzureichende Risikoadjustierung kann dabei nicht nur wie häufig befürchtet zu einer irrtümlichen Zuschreibung schlechter Qualität bei tatsächlich unauffälligen Ergebnissen führen sondern vice versa auch Negativ-Ausreißer verschleiern [1]. Problematisch für den Vergleich von Qualitätsdaten ist, dass selbst methodisch einwandfreie Adjustierungs-Modelle häufig zu uneindeutigen Ergebnissen kommen. Die Arbeitsgruppe um Iezzoni untersuchte in einer Vielzahl empirischer Studien die Übereinstimmung verschiedener Verfahren der Risikoadjustierung im Hinblick auf verschiedene Diagnosen und auch verschiedene Qualitätsindikatoren [19–25]. Dabei zeigte sich beispielsweise, dass bei der Identifizierung von „Ausreißer“-Spitälern unadjustierte und adjustierte Mortalitätsraten häufiger übereinstimmten, als dass verschiedene Instrumente zur Adjustierung der Krankheitschwere untereinander zu der gleichen Bewertung kamen [19]. In einer Studie zur Eignung verschiedener Adjustierungsinstrumente für die Vorhersage der Aufenthaltsdauer nach Hüftfraktur kamen Iezzoni und Schwartz zu konträren Resultaten [45]: Hier standen die Adjustierungsinstrumente in exzellenter Übereinstimmung in den Rankings der Spitäler basierend auf der Aufenthaltsdauer. Auch für Deutschland liegen erste Studien vor, in denen Krankenhausrangfolgen für die Ergebnisqualität, zum Beispiel in der Hüftendoprothetik, anhand von Routinedaten erstellt wurden [4, 38]. Aus diesen Studien ergeben sich wichtige methodische Hinweise, die neben Aspekten der Validität auch einen erheblichen Einfluss auf die Praktikabilität und die Nutzbarkeit der generierten Bewertungen haben. So zeigen beispielsweise Schäfer et al., dass die Korrelation der Ergebnissdaten zwischen zwei Messjahrgängen sehr gering ist, und empfehlen daher, Ranglisten basierend auf den Daten zweier Jahrgänge zu erstellen was die Reaktionsgeschwindigkeit von Leistungsanbietern limitiert [38]. Zudem erfüllten nur 43,3% der Krankenhäuser die für die Berechnungen notwendigen Mindestfallzahlen, so dass die Mehrzahl der Krankenhäuser nicht im Ranking berücksichtigt werden konnte. 22% der Krankenhäuser wiesen mit maximal 10 und durchschnittlich 4 Hüftoperationen pro Jahr zudem sehr geringe Fallzahlen auf.

Rangplatz nach statistischem Modell		
Krankenhaus	Modell 1	Modell 2
A	1	8
B	5	12
C	10	16
D	15	4
E	20	28
F	30	1
G	48	3
H	71	93

Abb. 2 Auszug der Krankenhausranglisten des Revisions-Risikos für zwei Regressionsmodelle (Modell 1: Shared Gamma-Frailty-Model; Modell 2: Cox's proportional hazard model), nach [35]. Ein höherer Rangplatz gibt ein geringeres Revisions-Risiko wieder (mit Rangplatz 1 = geringstes Risiko).

Eine aktuelle Analyse des schwedischen Kniegelenksregisters zeigt eine dramatische Abhängigkeit der Krankenhausranglisten anhand des Qualitätsindikators „Revisionsrisiko“ von den gewählten statistischen Verfahren zur Risikoadjustierung [34]: Hier wurde basierend auf den Daten von über 37000 Eingriffen in 93 Krankenhäusern mit zwei verschiedenen – gleichermaßen gerechtfertigten – Regressionsmodellen krankenhausspezifische relative Risiken einer Revisionsoperation berechnet und für beide Verfahren jeweils eine Rangliste der Krankenhäuser entsprechend diesem Risiko erstellt. Beide Modelle verwendeten die gleichen Prädiktorvariablen, unterschieden sich aber in den zugrunde liegenden Annahmen zur Schätzungen der Krankenhauseffekte. **Abb. 2** gibt einen Eindruck der erheblichen Unterschiede zwischen den Ranglisten, die sich unter anderem durch die Empfindlichkeit der beiden Verfahren gegenüber kleinen Fallzahlen erklären lassen. Es wäre interessant zu sehen, ob auch die bisher publizierten deutschen Ranglisten ähnlich anfällig sind.

Ebenso problematisch sind Qualitätsratings, wie das in den USA übliche „5 Sterne rating“, die Gruppen von Krankenhäusern in Qualitäts-Strata zusammenfassen, da sie häufig nicht ausreichend zwischen Krankenhäusern diskriminieren und dadurch für Verbraucher, die ja Entscheidungen zwischen *einzelnen* Krankenhäusern zu treffen haben, nur von begrenztem Nutzen sind: Zwar sind die Ergebnisse von Krankenhäusern einer höheren Kategorie (z.B. 4 Sterne) auf aggregiertem Niveau oft besser, als die einer schlechteren Kategorie (z.B. 3 Sterne). Gleichzeitig aber sind die Ergebnisse innerhalb der jeweiligen Strata durch sehr große Heterogenität und starke Überlappungen gekennzeichnet. Beispielsweise berichten Krumholz et al., dass nur in 3,1% aller paarweisen Vergleiche zwischen „1-Stern“ und „5-Stern“ Krankenhäusern die Einrichtungen der besser bewerteten Kategorie („5-Sterne“) eine geringere Mortalitätsrate aufwiesen als Krankenhäuser aus der „1-Stern“ Kategorie [27].

kurzgefasst

Verfahren der Risikoadjustierung oder statistischen Modellierung führen oft zu unterschiedlichen Ranglisten. Qualitäts-Kategorien mangeln oft an individueller Diskriminierungsfähigkeit.

Wirkungen der Offenlegung von medizinischen Qualitätsvergleichen



Einfluss auf das Verhalten von Patienten

Die Mehrzahl der empirischen Untersuchungen zeigen, dass die Publikation von Qualitätsdaten nahezu keinen Einfluss auf das Verhalten von Patienten, z.B. die Wahl des Krankenhauses, hat [32]. Analysen nach der Veröffentlichung von Mortalitäts- und Komplikationsraten aus den USA zeigen, dass selbst bei umfangreicher Publikation der Daten allenfalls sporadische, inkonsistente und geringfügige Zu- bzw. Abnahmen der Leistungsmengen in Krankenhäusern mit „Ausreißer“-Status, also besonders guten oder besonders schlechten Ergebnissen, zu beobachten sind [37]. Insbesondere ist auffällig, dass die geringfügigen Effekte vor allem auf charakteristische Subpopulation zurückzuführen sind, nämlich jüngere, höher gebildete und sozial begünstigte Patienten. Schneider und Epstein untersuchten 4 Jahre nach erster Veröffentlichung die Nutzung des „Consumer guide to CABG surgery“ durch Patienten in Pennsylvania, der für alle involvierten Chirurgen und Krankenhäuser Ranglisten der risikoadjustierten Mortalität enthält [41]. Von den befragten Patienten waren nur 12% vor der Bypass-Operation über die Existenz des Reports informiert, und 4% hatten ihn eingesehen und genutzt. Obwohl 56% der Patienten ein grundsätzliches Interesse deklarierten und 58% theoretisch bereit waren, anhand des Berichtes ihren Chirurgen zu wechseln, hatten die Informationen nur bei 2% der Patienten einen „gewissen Einfluss“ auf ihre Entscheidung für ein Krankenhaus. 1% der Patienten konnte das Rating des Krankenhauses, in dem sie behandelt wurden korrekt wiedergeben. Als Hauptgründe gegen die Nutzbarkeit und Nutzung wurde von den Patienten genannt, dass sie keine Zeit für eine Informationseinholung zwischen Indikationsstellung und Eingriff gehabt hätten (59%) und dass es für sie keine geographisch akzeptable Alternative zum behandelnden Krankenhaus gegeben hätte (33%).

Allerdings sind nicht nur Änderungen der tatsächlichen Nachfragsentscheidungen eine wichtige Kennzahl des Wirkungsgrades von offengelegten Qualitätsinformationen: Hibbard et al. untersuchten in einem Vorher-Nachher Design die Wirkung der Veröffentlichung vergleichender Qualitätsberichte der kommunalen Krankenhäuser in Wisconsin und stellen fest, dass es 4 Monate nach der Publikation ein deutlich gestiegenes Bewusstsein für die Existenz von Qualitätsunterschieden zwischen Krankenhäusern in der Bevölkerung gab [17]. Zudem konnten nach der Veröffentlichung deutlich mehr befragte Personen korrekt „high performer“ Krankenhäuser benennen (28% vor versus 34% nach der Veröffentlichung). Besonders bemerkenswert ist jedoch, dass die korrekte Einschätzung der „low performer“ Krankenhäuser bereits vor, aber besonders nach der Veröffentlichung im Bewusstsein der Befragten präsent war (35% vor versus 58% nach der Veröffentlichung). Aus Sicht der Leistungserbringer ist also das Vermeiden einer schlechten Bewertung viel bedeutsamer als das Erreichen einer guten Bewertung.

Einfluss auf das Verhalten von Zuweisern

Analog zu der Nutzung durch betroffene Patienten wurde für den „Consumer Guide to CABG“ auch der Einfluss auf das Verhalten der zuweisenden Kardiologen im Rahmen einer Befragung untersucht. Auch für diese Nutzergruppe waren die Effekte der Publikation eher gering [40]: Während 82% der niedergelassenen Fachärzte über die Existenz des Qualitätsvergleiches

informiert waren, beurteilten nur 10% die veröffentlichten Daten als „sehr wichtig“. Ebenso viele (10%) besprachen die Daten mit ihren Patienten, und nur 2% der Ärzte gaben an, dass der Bericht einen Einfluss auf ihre Zuweisungspraxis hätte. Hauptkritikpunkte an dem Qualitäts-Rating waren das Fehlen von Daten außer der Mortalitätsrate (78%) sowie eine inadäquate Risikoadjustierung (79%). Ein schwerwiegendes Resultat der Untersuchung ist, dass 59% der zuweisenden Kardiologen angaben, sie hätten mit der Veröffentlichung der Qualitätsdaten zunehmend Schwierigkeiten, Krankenhäuser und Chirurgen zu finden, die Bypass-Operationen bei Hochrisikopatienten durchführen.

Einfluss auf das Verhalten von Leistungsanbietern

Innerhalb der Krankenhäuser scheint die Veröffentlichung von Qualitätsvergleichen jedoch durchaus auch positive Effekte zu haben. In Wisconsin wurden Krankenhäuser nach Erstellung des „QualityCounts-Report“ in drei Gruppen randomisiert, und waren entweder Gegenstand eines veröffentlichten vergleichenden Qualitätsberichtes, oder erhielten die eigenen Leistungsdaten nur für interne Zwecke, oder erhielten keinerlei Qualitätsbericht [15]. Sehr deutlich zeigte sich, dass die Krankenhäuser, deren Qualität in den Bereichen Kardiologie und Geburtshilfe als „schlechter als erwartet“ beurteilt wurde, sich in der Folge der Veröffentlichung des Qualitätsvergleiches in deutlich mehr Verbesserungsaktivitäten engagierten, als solche, die diese Daten nur in Form eines internen Berichtes, oder gar nicht, erhielten. Die Spitäler, deren Ergebnisse der Öffentlichkeit zugänglich waren, initiierten häufiger „bestpractice“-Aktivitäten, beispielsweise zur Reduzierung postoperativer Infektionen. Spätere Analysen zeigen auch, dass diese Aktivitäten bei einer Vielzahl von ursprünglich negativ bewerteten Krankenhäusern tatsächlich zu einer signifikanten Leistungssteigerung führten, während Krankenhäuser, die keinen Qualitätsbericht erhalten hatten, keine Verbesserung erzielten [16]. Ähnliche Effekte werden für die Nutzung von Patientenbefragungen als Auslöser neuer Qualitätsprojekte berichtet [3].

Eine aktuelle Untersuchung aus den USA zeigt sogar, dass die Verknüpfung von veröffentlichten Qualitätsdaten mit ökonomischen Anreizen in Form eines Bonus-Systems für besonders gute Prozess- und Ergebnisqualität, gegenüber der einfachen Veröffentlichung der Qualitätsinformationen zu signifikant größeren und zum Teil erheblichen Verbesserungen, z.B. bei der Behandlung der Pneumonie, führte [28]. Andere Studien zeigen keine positiven, aber auch keine der befürchteten negativen, Effekte ökonomischer Anreize [11]. Bei den Leistungsanbietern ist häufig eine skeptische Haltung gegenüber externen Qualitätsbeurteilungen festzustellen: So zeigt eine englische Studie sehr deutlich, dass Mitarbeiter in Krankenhäusern, deren Leistungen anhand des „star rating“-Systems beurteilt worden war, die Bewertung oft als wenig umfassend, gerechtfertigt und valide ansehen [30]. Während auch positive Effekte festgestellt werden, wie zum Beispiel ein Wandel der organisationsinternen Bedeutung von Qualitätsbemühungen, so werden auch unerwünschte und dysfunktionale Effekte wahrgenommen. Hierzu zählen beispielsweise der „Tunnelblick“, d.h. die Konzentration auf Bereiche, in denen Qualitätsverbesserungen durch das Messsystem erfasst werden können, „Kurzsichtigkeit“, also die Fixierung auf schnell erreichbare Ziele, sowie eine Vertrauenserosion und Ghettoisierung der Organisation gegenüber der öffentlichen Außenwelt.

Die methodisch herausragende Studie von Dranove et al. weist sehr eindrücklich auf die Gefahren durch Verhaltensanpassungen der Leistungsanbieter hin [8]: Die Autoren untersuchten die Veröffentlichungseffekte von Qualitätsdaten für die Bypass-Operation und die Behandlung des akuten Myokardinfarktes in zwei US-amerikanischen Bundesstaaten. Sie wiesen starke Selektionsmechanismen als Antwort auf die Offenlegung nach, das heißt, Bemühungen der Krankenhäuser, ihre Patienten im Hinblick auf die Krankheitsschwere auszuwählen. Beobachtet wurde eine Abnahme der Krankheitsschwere innerhalb, bei gleichzeitiger Zunahme der Krankheitsschwere außerhalb der betroffenen Bundesstaaten („out-of-state-transfers“), eine relative Abnahme der Krankheitsschwere innerhalb der betroffenen Krankenhäuser zu Ungunsten von Universitäts- und Lehrkrankenhäusern, bei denen eine atypisch steigende Krankheitsschwere beobachtet wurde („between-hospital-transfers“) und schlussendlich eine schlechtere Versorgung der Patienten in den betroffenen Krankenhäusern bei gleichzeitig steigenden Kosten durch eine Zunahme der Prozeduren bei Gesünderen („Upgrading“) und eine Abnahme der Prozeduren bei Kränkeren („Downgrading“). Um also beispielsweise eine möglichst niedrige durchschnittliche Mortalitätsrate nach Bypass-Operation zu erreichen, wurde der Eingriff bei Patienten mit „guten Risiken“ systematisch häufiger durchgeführt, während Bypass-Operation und PTCA bei Hochrisikopatienten vermieden wurden. In der Konsequenz führte dies dazu, dass sich für die Population *einer Region* paradoxerweise die Qualität der Versorgung durch die Qualitätsberichte insgesamt deutlich verschlechtert (und verteuert) hat.

kurzgefasst

Leistungsanbieter reagieren auf die Veröffentlichung mit zunehmenden Qualitätsaktivitäten. Diese können positive Effekte haben; Risiken durch Patientenselektion müssen beobachtet werden.

Schlussfolgerungen

Die hier vorgestellten Untersuchungen zeigen ein sehr gemischtes, und zum Teil paradoxes Bild der Wirkungen von transparenten Vergleichen anhand medizinischer Qualitätsindikatoren [42]: Während die „allgemeine Öffentlichkeit“ und Patienten zunehmend Einsicht in Qualitätsdaten fordern, so werden publizierte Informationen bisher jedoch kaum verstanden und noch seltener genutzt. Dafür gibt es eine Reihe von Gründen: Zum einen zeigen Untersuchungen, dass Patienten die Daten und Bewertungen häufig nicht verstehen und interpretieren können, insgesamt wenig Vertrauen in die publizierten Daten und Empfehlungen haben, diese häufig im Widerspruch zu individuellen Erfahrungen stehen, und die Bevölkerung ein sensibles Bewusstsein für Manipulationsmöglichkeiten hat [14,26,29,43]. Zum anderen muss berücksichtigt werden, dass die stationäre Versorgung zunehmend geprägt ist durch Patienten mit schweren Akuterkrankungen, die keine Option für die Krankenhauswahl haben. Doch selbst für elektive Eingriffe werden auch bei größten Bemühungen oft nur Daten generiert, die nur für einen kleinen Teil der Patienten relevant sind, insbesondere bei Diagnose- oder Prozeduren-spezifischen Indikatoren. Beispielsweise liegen selbst bei der traditionsreichen Qualitätsmessung in der chirurgischen Versorgung in Kalifornien Qualitätsdaten für nur 32 Prozeduren-spezifische Qualitätskennzahlen vor. Diese verteilen sich auf 21 verschiedene Prozeduren,

und betreffen nur 14% aller größeren Eingriffe. In der Konsequenz würden 86% aller Patienten keine vergleichenden Daten zu Qualitätsindikatoren der bei ihnen geplanten Eingriffe vorfinden [5, 6].

Während direkte Effekte auf die Nachfrageentscheidungen von Patienten und Zuweisern eher nicht zu erwarten sind, so reagieren Leistungsanbieter jedoch vielschichtig auf dokumentierte Qualitätsdaten [33]. Veröffentlichte Qualitätsvergleiche scheinen einerseits neue Bemühungen um Verbesserungen zu initiieren. Ein positiver Einfluss der Veröffentlichung leistungsanbieterspezifischer Mortalitätsraten auf die Sterblichkeit in der stationären Versorgung ist bislang jedoch noch immer mindestens umstritten: Für den US-Staat Cleveland zeigten Baker et al., dass die sinkende Krankenhausmortalität leicht durch eine gleichzeitig steigende Mortalität nach der Entlassung erklärt werden kann ohne dass eine Netto-Reduzierung der 30-Tage-Sterblichkeit beobachtet wurde [2]. Auch die häufig zitierten positiven Effekte auf die Mortalitätsraten nach Bypass Operation im Staat New York nach Veröffentlichung der Daten sind international weiterhin umstritten und es wurden bisher eine Vielzahl alternativer Modelle und Erklärungen aufgezeigt [10, 12, 13, 31, 32, 46]. Gleichzeitig müssen zum Teil massive Selektionseffekte und wachsende Unterschiede in der Qualität der Versorgung zwischen sozialen Gruppen befürchtet und als Risiko für das Gesamtsystem erkannt werden. Da die Dynamik der öffentlichen Diskussion vermuten lässt, dass sich die Publikation von Qualitätsvergleichen auch in Deutschland weiter ausdehnen wird, zunächst auf freiwilliger, zukünftig möglicherweise auch auf mandatorischer Basis, gilt es, die Chancen zu nutzen und Risiken zu minimieren. Dafür müssen verschiedene Aspekte berücksichtigt werden:

Bei der Datenaufbereitung für Patienten und die breite Öffentlichkeit müssen Erkenntnisse aus Kommunikationswissenschaften, Psychologie und Statistik konsequent berücksichtigt werden, um die Nutzbarkeit und den Nutzen der Daten zu optimieren. Für die vergleichende Darstellung der Ergebnisse von Patientenbefragungen und auch für Mortalitätsdaten liegen beispielsweise bereits Empfehlungen und methodische Untersuchungen vor [35, 36, 44]. Die bisherige Praxis der freiwilligen Offenlegung institutionen-spezifischer Daten erfüllt diese Anforderungen bisher kaum. Viele Krankenhäuser publizieren ihre individuellen BQS-Daten und nutzen diese für Marketingaktivitäten, zum Teil in missverständlicher oder sogar irreführender Weise [7].

Die genannten potenziellen, negativen Konsequenzen der Offenlegung von Daten der medizinischen Qualitätssicherung sind aus gesundheitspolitischer Sicht besorgniserregend und machen ein begleitendes, umfassendes Monitoring potenzieller Verschiebungen in der Patientenzusammensetzung innerhalb und zwischen Leistungsanbietern erforderlich. In der wissenschaftlichen Diskussion werden konsequenterweise auch nur noch sehr zurückhaltende Erwartungen an direkte Nachfragewirkungen bei Patienten oder Zuweisern geäußert. Vielmehr ist ein Umdenken hinsichtlich der Anreizwirkung bei Leistungserbringern und der Nutzung durch Krankenversicherer zu beobachten [31, 32, 39]. Durch eine qualitätsorientierte Vergabe von Leistungsverträgen könnten Versicherer eine Agenten-Funktion für Patienten und Zuweiser übernehmen, die – unter der Annahme, dass medizinische Qualitätsvergleiche tatsächlich valide und verlässlich Unterschiede in den Ergebnissen der Versor-

gung abbilden – tatsächlich einen Qualitätswettbewerb und eine ehrliche Diskussion um Kosten und Qualität der Versorgung anregen könnte.

Neben dieser Entwicklung wäre auch die systematische und vergleichende Veröffentlichung von Qualitätsindikatoren anderer Dimensionen und Perspektiven als der medizinischen Qualitätssicherung wünschenswert, beispielsweise die Beurteilung der Leistungsanbieter durch Patienten: Solche Qualitätsbeurteilungen haben gegenüber medizinischen Qualitätsindikatoren einige wichtige Vorteile: Sie sind häufig weniger anfällig für geringe Fallzahlen und Unterschiede im Casemix, sie sind auch für Laien sehr viel einfacher verständlich, bilden häufig generische Aspekte der Qualität ab (z.B. interpersonelle Qualitätsaspekte) und sind daher für viele Patientengruppen unabhängig von der Indexdiagnose nutzbar. In England beispielsweise sind die nationalen Ergebnisse von Patientenbefragungen aller NHS-Einrichtungen bereits vollständig öffentlich verfügbar und können von Patienten genutzt werden.

Mit dem Ziel einer evidenzbasierten und auf eine langfristige Qualitätsverbesserung abzielenden Debatte sollten schlussendlich auch die Befürworter von öffentlichen Qualitätsvergleichen medizinischer Leistungsdaten anerkennen, dass es gute Gründe gibt, an deren Wirkung zu zweifeln. Nicht jeder, der diesen Bestrebungen skeptisch gegenüber steht, tut dies um Patienten wichtige Informationen vorzuenthalten oder einen echten Qualitätswettbewerb zu verhindern. Dennoch mag die Offenlegung in der derzeitigen Situation wichtig sein, um Vertrauen zwischen Krankenhäusern und der Bevölkerung und eine Atmosphäre der Offenheit und Verantwortlichkeit herzustellen [46]. Die Tatsache, dass überhaupt offengelegt wird, mag in dieser Hinsicht wichtiger sein als das, was durch eine Offenlegung an positiven Wirkungen erwartet werden kann.

Konsequenz für Klinik und Praxis

- ▶ Die Validität von Qualitätsvergleichen muss vielfach bezweifelt werden. Für viele der geäußerten positiven Erwartungen existiert keine, oder sogar nachteilige Evidenz.
- ▶ Während Wirkungen auf die Nachfrageentscheidungen von Patienten und Zuweisern nicht belegt sind, so können positive Effekte auf die Qualitätsbemühungen von Leistungsanbietern beobachtet werden. Gleichzeitig müssen starke Selektionseffekte in den Krankenhäusern befürchtet werden, bei denen durch strategische Veränderungen in den Patientengruppen bessere Qualitätsdaten erzielt werden sollen.
- ▶ Bei der Veröffentlichung von Qualitätsvergleichen müssen einerseits die Bedürfnisse von Patienten durch eine nutzbare Aufbereitung berücksichtigt und andererseits Negativ-Entwicklungen kontinuierlich beobachtet werden.
- ▶ Der größte Nutzen der Offenlegung von Qualitätsdaten könnte im Signal der Transparenz und der Verantwortlichkeit liegen.

Autorenerklärung: Die Autoren erklären, dass sie keine finanziellen Verbindungen mit einer Firma haben, deren Produkt in dem Beitrag eine wichtige Rolle spielt (oder mit einer Firma, die ein Konkurrenzprodukt vertreibt).

Literatur

- 1 Ansari MZ, Ackland MJ, Jolley DJ, Carson N, McDonald IG. Inter-hospital comparison of mortality rates. *Int J Qual Health Care* 1999; 11: 29–35
- 2 Baker DW, Einstadter D, Thomas CL et al. Mortality trends during a program that publicly reported hospital performance. *Med Care* 2002; 40: 879–90
- 3 Barr JK, Giannotti TE, Sofaer S et al. Using public reports of patient satisfaction for hospital quality improvement. *Health Serv Res* 2006; 41: 663–82
- 4 Bitzer EM, Neusser S, Lorenz C, Dörning H, Schäfer T. Krankenhaus-Rangfolgen nach Ergebnisqualität in der Hüftendoprothetik – Routinedaten mit oder ohne ergänzende Patientenbefragungen? – Teil 2: Patientenbefragungen in Kombination mit Routinedaten. *GMS Med Inform Biom Epidemiol* 2007; 3: Doc07
- 5 Broder MS, Payne-Simon L, Brook RH. Measures of surgical quality: what will patients know by 2005? *J Eval Clin Pract* 2005; 11: 209–17
- 6 Broder MS, Simon LP, Brook RH. Surgical quality: review of Californian measures. *Brit Med J* 2004; 328: 152–3
- 7 Doebler K, Boy O, Mohr VD. Qualitätsberichte der Krankenhäuser: Wie viel Prozess- und Ergebnisqualität steckt drin? *Gesundh Okon Qual Manag* 2007; 12: 25–34
- 8 Dranove D, Kessler D, McClellan M, Satterthwaite M. Is more information better? The effects of „report cards“ on health care providers. *J Political Econ* 2003; 111: 555–88
- 9 Drosler SE, Cools A, Kopfer T, Stausberg J. [Are quality indicators derived from routine data suitable for evaluating hospital performance? First results using the AHRQ patient safety indicators in Germany]. *Z Arztl Fortbild Qualitätssich* 2007; 101: 35–42
- 10 Epstein AJ. Do Cardiac Surgery Report Cards Reduce Mortality? Assessing the Evidence. *Med Care Res Rev* 2006; 63: 403–26
- 11 Glickman SW, Ou FS, DeLong ER et al. Pay for Performance, Quality of Care, and Outcomes in Acute Myocardial Infarction? *J Am Med Assoc* 2007; 297: 2373–80
- 12 Hannan EL, Chassin MR. Publicly Reporting Quality Information. *J Am Med Assoc* 2005; 293: 2999–b
- 13 Hannan EL, Wu C. Assessing quality and outcomes for percutaneous coronary intervention: Choosing statistical models, outcomes, time periods, and patient populations. *Am Heart J* 2003; 145: 571–4
- 14 Hibbard JH, Jewett JJ, Engelmann S, Tusler M. Can Medicare beneficiaries make informed choices? *Health Aff (Millwood)* 1998; 17: 181–93
- 15 Hibbard JH, Stockard J, Tusler M. Does publicizing hospital performance stimulate quality improvement efforts? *Health Aff (Millwood)* 2003; 22: 84–94
- 16 Hibbard JH, Stockard J, Tusler M. Hospital performance reports: impact on quality, market share, and reputation. *Health Aff (Millwood)* 2005; 24: 1150–60
- 17 Hibbard JH, Stockard J, Tusler M. It isn't just about choice: the potential of a public performance report to affect the public image of hospitals. *Med Care Res Rev* 2005; 62: 358–71
- 18 Holm C. Die Zeit ist reif für die Wahrheit. Alle Kliniken müssen einer Zentralstelle melden, ob eine Operation gelang oder nicht. Funktionäre verhindern die Veröffentlichung des Datenschatzes – wo geschludert wird, soll geheim bleiben. *Der Spiegel* 2006; 3/2006: 128–31
- 19 Iezzoni LI. Risk adjustment for measuring health care outcomes (3 ed.). Chicago: Health Administration Press, 2003
- 20 Iezzoni LI, Ash AS, Schwartz M et al. Predicting who dies depends on how severity is measured: implications for evaluating patient outcomes. *Ann Intern Med* 1995; 123: 763–70
- 21 Iezzoni LI, Ash AS, Schwartz M et al. Judging hospitals by severity-adjusted mortality rates: the influence of the severity-adjustment method. *Am J Public Health* 1996; 86: 1379–87
- 22 Iezzoni LI, Ash AS, Schwartz M, Landon BE, Mackiernan YD. Predicting in-hospital deaths from coronary artery bypass graft surgery. Do different severity measures give different predictions? *Med Care* 1998; 36: 28–39
- 23 Iezzoni LI, Shwartz M, Ash AS et al. Using severity-adjusted stroke mortality rates to judge hospitals. *Int J Qual Health Care* 1995; 7: 81–94
- 24 Iezzoni LI, Shwartz M, Ash AS et al. Severity measurement methods and judging hospital death rates for pneumonia. *Med Care* 1996; 34: 11–28
- 25 Iezzoni LI, Shwartz M, Ash AS, Mackiernan YD. Predicting in-hospital mortality for stroke patients: results differ across severity-measurement methods. *Med Decis Making* 1996; 16: 348–56
- 26 Jewett JJ, Hibbard JH. Comprehension of quality care indicators: differences among privately insured, publicly insured, and uninsured. *Health Care Financ Rev* 1996; 18: 75–94
- 27 Krumholz HM, Rathore SS, Chen J, Wang Y, Radford MJ. Evaluation of a consumer-oriented internet health care report card: the risk of quality ratings based on mortality data. *JAMA* 2002; 287: 1277–87
- 28 Lindenauer PK, Remus D, Roman S et al. Public Reporting and Pay for Performance in Hospital Quality Improvement. *N Engl J Med* 2007; 365: 486–96
- 29 Magee H, Davis LJ, Coulter A. Public views on healthcare performance indicators and patient choice. *J R Soc Med* 2003; 96: 338–42
- 30 Mannion R, Goddard M. Impact of published clinical outcomes data: case study in NHS hospital trusts. *Brit Med J* 2001; 323: 260–3
- 31 Marshall MN, Shekelle PG, Leatherman S, Brook RH. Public disclosure of performance data: learning from the US experience. *Qual Health Care* 2000; 9: 53–7
- 32 Marshall MN, Shekelle PG, Leatherman S, Brook RH. The public release of performance data: What do we expect to gain? A review of the evidence. *JAMA* 2000; 283: 1866–74
- 33 Mason A, Street A. Publishing outcome data: is it an effective approach? *J Eval Clin Pract* 2006; 12: 37–48
- 34 Robertsson O, Ranstam J, Lidgren L. Variation in outcome and ranking of hospitals: an analysis from the Swedish knee arthroplasty register. *Acta Orthop* 2006; 77: 487–93
- 35 Robinowitz DL, Dudley RA. Public reporting of provider performance: can its impact be made greater? *Annu Rev Public Health* 2006; 27: 517–36
- 36 Rogers G, Smith DP. Methodology matters. Reporting comparative results from hospital patient surveys. *Int J Qual Health Care* 1999; 11: 251–9
- 37 Romano PS, Zhou H. Do well-publicized risk-adjusted outcomes reports affect hospital volume? *Med Care* 2004; 42: 367–77
- 38 Schäfer T, Neusser S, Lorenz C, Dörning H, Bitzer EM. Krankenhaus-Rangfolgen nach Ergebnisqualität in der Hüftendoprothetik – Routinedaten mit oder ohne ergänzende Patientenbefragungen? – Teil 1: Routinedaten. *GMS Med Inform Biom Epidemiol* 2007; 3: Doc08
- 39 Schauflyer HH, Mordavsky JK. Consumer reports in health care: do they make a difference? *Annu Rev Public Health* 2001; 22: 69–89
- 40 Schneider EC, Epstein AM. Influence of cardiac-surgery performance reports on referral practices and access to care. A survey of cardiovascular specialists. *N Engl J Med* 1996; 335: 251–6
- 41 Schneider EC, Epstein AM. Use of public performance reports: a survey of patients undergoing cardiac surgery. *J Am Med Assoc* 1998; 279: 1638–42
- 42 Schneider EC, Lieberman T. Publicly disclosed information about the quality of health care: response of the US public. *Qual Health Care* 2001; 10: 96–103
- 43 Scott IA, Ward M. Public reporting of hospital outcomes based on administrative data: risks and opportunities. *Med J Aust* 2006; 184: 571–5
- 44 Shaller D, Sofaer S, Findlay SD et al. Consumers and quality-driven health care: a call to action. *Health Aff (Millwood)* 2003; 22: 95–101
- 45 Shwartz M, Iezzoni LI, Ash AS, Mackiernan YD. Do severity measures explain differences in length of hospital stay? The case of hip fracture. *Health Services Research* 1996; 31: 365–85
- 46 Werner RM, Asch DA. The unintended consequences of publicly reporting quality information. *J Am Med Assoc* 2005; 293: 1239–44